

THESIS

MÜNICH

1967

**Depression der Mutter
bei Trennung vom Kind**

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR DRIVE
PALO ALTO, CALIF. 94304

VOLKER HARTMUT *L* WEINMANN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153513_0056

Aus der Nervenlinik der Universität München
Kommissarischer Direktor: Prof. Dr. Max Kaess

DEPRESSION DER MUTTER BEI TRENNUNG VOM KIND

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung
der
Doktorwürde
in der gesamten Medizin
verfaßt
und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt
von
Volker Hartmut Weinmann
aus
Augsburg
1967
München

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter:	Prof. Dr. H. Dietrich
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. M. Kaess
Dekan:	Prof. Dr. M. Kiese

Tag der mündlichen Prüfung: 23. 5. 1967

INHALT

Seite

A. I.	Einführung in den Problemkreis, Fragestellung und Abgrenzung des Themas und der Methodik	1
II.	Kasuistik zum Thema	11
B.	Diskussion und Statistik der ätiologischen Faktoren der Vergleichsgruppe	21
C.	Statistische Untersuchung auf Beziehungen zwischen den einzelnen Faktoren der Vergleichsgruppe und den Fällen der Themagruppe	45
D.	Interpretation	49
E.	Zusammenfassung	55
	Literaturverzeichnis	

A) I. EINFÜHRUNG IN DEN PROBLEMKREIS, FRAGESTELLUNG UND ABGRENZUNG DES THEMAS UND DER METHODIK

Vergleichen wir eine Beschreibung der Endogenen Depression von vor über 300 Jahren mit dem jetzigen Wissensstand, so finden wir, daß eine grundlegende Lösung der Problematik noch immer nicht anzubieten ist. Es existieren verschiedene Vorstellungen und Anschauungen über Wesen und Ursache des Krankheitsbildes, aber gerade daß es so verschiedene Meinungen geben kann, zeigt deutlich, daß keiner Richtung bisher eine unumstößliche Beweisführung ihrer Ansichten gelungen ist.

Über die Ursachen der Endogenen Depression Untersuchungen anzustellen erscheint heute trotz des scheinbaren Widerspruches allerdings durchaus nicht mehr verwunderlich. Schon lange ist man zu der Überzeugung gelangt, daß die Klassifizierung der Endogenen Depression als endogen praktisch einem Verzicht auf weitere Erkenntnis und Erforschung gleichkommt. -

Es hieße auch, sich zu leicht von der Verpflichtung, weiterzuforschen zu entbinden, wenn man eine Krankheit einfach als endogen betrachtet. - Denn was hieße eigentlich endogen? Es bedeutet letztlich nur, daß die Krankheit ohne eine äußere, also von der Umwelt auf den Patienten zukommende Ursache auftritt. Hierbei sind aber die nur allgemein ins Auge springenden Ursachen und Möglichkeiten gemeint, und die Ansichten, was außerdem noch als Auslöser zu werten ist, waren immer sehr divergent. -

So hat man auch seit mehr als 50 Jahren mit sehr wechselnden Ergebnis nach der Ursache dieser Erkrankung gesucht. Meist suchte man diese Ursache in einem Umweltseinfluß, der für die Auslösung dieser depressiven Stimmungslage verantwortlich zu machen sei.

Die Ergebnisse dieser Ursachenforschung waren, wahrscheinlich je nach Grundeinstellung der Untersuchung zur "Endogenität" und evtl. auch zur Psychologie recht unterschiedlich. Sie reichen von ZIEHEN (1911) mit 70 % erklärlicher Auslöser und LIPPSCHÜTZ (54 %) bis zu Kurt SCHNEIDER mit 3,1 % (1937), der nur Trauerfall, nicht einmal Umzug als Auslöser betrachtete. -

Will man nun das "Gesetz von Ursache und Wirkung" anerkennen, dann kann es auch keine Depression se ipsa, das heißt ohne irgendwelche Ursachen geben. Eine Ursache muß da sein, etwas unterscheidet den Depressiven ja vom Gesunden. Die Frage ist nur, wie tief diese Ursache liegt, ob sie eruierbar,

ob sie statistischen Methoden zugänglich ist, oder nicht, auf Grund der Kompliziertheit und mangelnden Erfäßbarkeit ihrer Faktoren in Lebensläufen, Erbgut, Anerzogenem. -

Auch können diese Ursachen so komplexer Natur sein, daß bisher kein gemeinsamer Faktor deutlich genug ins Auge gefallen ist, die Gesetzmäßigkeit also quasi verschleiert ist. -

Man ist sich heute auch durchaus nicht mehr einig, ob die Endogene Depression ein kausalgenetisch einheitliches Krankheitsbild darstellt, das heißt durch einen einzigen, wenn auch komplizierten Mechanismus ausgelöst wird, oder ob es nicht ein Sammeltopf einer Erkrankungsreaktion verschiedener Ursachen ist. Dies könnte auch erklären, warum Schulen so verschiedener Richtungen an ihren Erklärungen mit so viel Überzeugung festhalten. Auch die somatische Pathologie zeigt uns ja, daß der Körper für verschiedenste Laesionen nur eine begrenzte Anzahl von Reaktionen zur Verfügung hat. So kann eventuell die Depression als eine Reaktionsmöglichkeit der Psyche oder des Gehirns auf ganz verschiedene Ursachen betrachtet werden. -

Auch ist dieses Krankheitsbild durchaus nicht als einförmig einheitlich zu betrachten. Es gibt genügend Varianten: man spricht von der Kerngruppe, den Randpsychosen, atypischen Depressionen. MATUSSEK ¹⁾ betont, daß die Endogene Depression nur auf den ersten Blick eine Einheitlichkeit aufweise, daß aber in Wirklichkeit deutliche Unterschiede bestünden nicht nur von Pat. zu Pat., sondern sogar von Phase zu Phase des gleichen Patienten. . . In diesem Sinne müßte man die depressive Symptomatik dann als Syndrom bezeichnen, das heißt eine häufige Symptomkombination, über deren Einheitlichkeit in Bezug auf Ätiologie und Pathophysiologie bzw. Pathopsychologie noch nichts ausgesagt ist.

FRIEDMANN ²⁾ teilt dieses Syndrom in 4 Untertypen aufgrund der Thematik der Psychose, also einer Symptomatologie auf. Er unterscheidet die apathische, die somatisierte, die agitierte oder hypochondrische und die Depression mit vorherrschendem Schuldgefühl. Aus dem von mir durchgesehenen Krankengut hatte ich den Eindruck, daß die Depression bei einfachen

1) MATUSSEK, P.: Endogene Depression a. a. O.

2) FRIEDMANN A. S. et. al.: Syndromes and Themes of Psychotic Depression, a. a. O.

Leuten eher somatisiert wird, was wiederum die ganze Problematik zeigt, wenn man eine psychische Reaktion bei den so verschiedenen geistigen Horizonten der verschiedenen Bevölkerungsschichten aufgrund eines Denkergebnisses standardisiert. RENNERT ¹⁾ hat diesbezüglich die verschiedensten Querverbindungen zu den Endogenen Psychosen hergestellt und kommt dann zu der Ansicht, sie seien evtl. alle nur verschiedene Manifestationen einer Anlage. Auch WECHSLER ²⁾ hat einen schematischen Maßstab zur Beurteilung und Klassifikation der Endogenen Depression aufgestellt. -

Wie schon gesagt, suchte man schon lange nach den Ursachen dieses "Syndroms", und es haben sich dabei gewisse Vorstellungen entwickelt von bestimmten Faktoren, die offenbar mit der Ursache der Endogenen Depression im Zusammenhang stehen. Da von diesen später geprüft werden muß, in wie weit sie mit der Depression, die durch Trennung der Mutter vom Kind ausgeübt werden soll, zusammenhängen, muß auf diese Faktoren näher eingegangen werden.

s sind dies

- I der hereditäre Faktor
- II der (in früher Kindheit) psychogen erworbene Faktor
- III der (bewußte oder unbewußte) reaktive Faktor
- IV der somatische Faktor (inkl. hormonell)

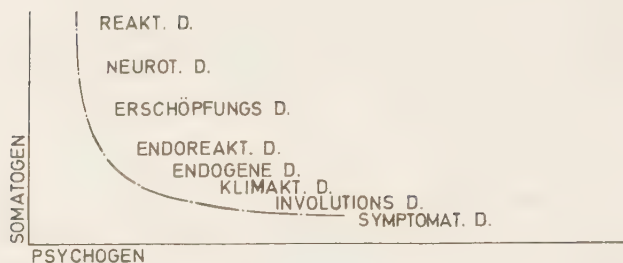
Es ist bewußt nur von "Faktor" die Rede, da die Ansichten, ob diese Faktoren zur Aufteilung verschiedener Klassen von Depressionen nach ätiologischen Gesichtspunkten dienen könnten, oder ob sie zusammenwirken könnten und dadurch die Depression bewirken, divergieren.

SELBACH gibt folgendes Schema über die Verteilung der Ursachen:

(Aus Hegglin: Differentialdiagnose Innerer Krankheiten, Seite 43).

Bei ihm liegt also die Endogene Depression schon mehr auf der somatischen Seite. -

1) RENNERT, H.: Aufteilung der Psychosen oder Einheitspsychose, a. a. O.
 2) WECHSLER, H. et al.: The Depression Rating Scale a. a. O.



Einer der denkbaren Lebensumstände, die geeignet erscheinen, eine Depression zu bewirken, ist nun die Trennung der Mutter vom Kind, die dadurch bei der Mutter eine Depression hervorruft. Dabei soll jede Art von Verlust gemeint sein, also sowohl durch Tod, als auch eine nur räumliche Trennung, wenn der Sohn z. B. an einen fernerer Ort versetzt wird, oder mehr psychischer Verlust, etwa durch Heirat. Diese Auslösungsmöglichkeit gehört also in die III. Gruppe, der eigentlichen reaktiven Depressionen. Sie ist nicht zu verwechseln mit der fast gleich lautenden Möglichkeit, daß die Ursache der Depression eine Trennung von Mutter und Kleinkind ist, die dann später beim Kind als ursächlicher Faktor einer depressiven Bereitschaft beteiligt ist. Diese Theorie gehört der 2. Gruppe an, der der frühkindlich psychogen erworbenen und soll beim näheren Eingehen auf diese Gruppe berücksichtigt werden. -

Über diese Problematik, die Ursache der Depression durch frühkindliche Trennung der Kinder von den Eltern, wurde schon vieles veröffentlicht, zum anderen offenbar noch nicht. Zur Bearbeitung dieser Thematik wurde nun folgender Weg eingeschlagen:

Es genügt meines Erachtens nicht eine umfangreiche Kasuistik anzuführen, sondern die Fälle müssen auch überprüft werden, in wie weit Faktoren der anderen o. a. Gruppen an der Ätiologie signifikant beteiligt sind. Es galt also

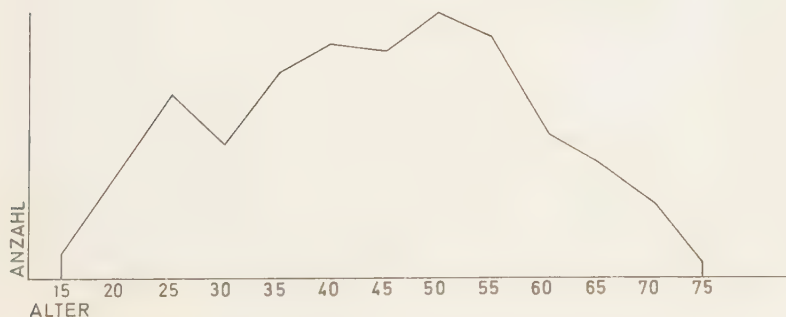
- I. die Gesamtzahl aller Fälle der zu untersuchenden Gruppe nach ätiologischen Gesichtspunkten zu sichten und sie gegebenenfalls diesbezüglich in Gruppen aufzuteilen,
- II. die durch eine entsprechende Kasuistik überzeugenden Fälle herauszustellen und sie

- III. mit den unter I. ermittelten Vergleichsgruppen in Beziehung zu bringen und auf Zusammenwirken im Sinne einer evtl. multifaktoriellen Genese statistisch zu untersuchen. -

In meiner Arbeit habe ich 114 Frauen aus der Univ. Nervenklinik mit der Diagnose Depression auf Ursachen, besonders in Bezug auf die Thematik der Trennung von Mutter und Kind, aber auch allgemein in Bezug auf die möglichen Ursachen der Erkrankung unter den verschiedenen o. a. Aspektengesehen. -

Die Methode, auf vorhandene Krankengeschichten zurückzugreifen, hat den Nachteil, daß evtl. vom Untersucher die besonderen ätiologischen Fragestellungen nicht genauer beachtet wurden. Dies ist aber auf der anderen Seite als Vorteil anzusehen, schützt es doch davor, daß mit vorgefaßten Vorstellungen schon an die Untersuchung herangegangen wird und die gewünschte Anamnese in den Patienten "hineingefragt" wird. Sämtliche im vorliegenden verwendeten Befunde waren somit vor Beginn der Arbeit schon schriftlich von einem Unbeteiligten fixiert, und es wurde damit vermieden, daß durch intensives Suchen doch noch eine spezifische Ätiologie gefunden - oder besser - erfunden wurde. Trotzdem konnte in der untersuchten Gruppe je mindestens 1 ursächlicher Faktor im Sinne der obigen Einteilung gefunden werden. -

Es handelte sich um Frauen aller Altersklassen, wobei 12 wegen nicht sicherer Diagnose nur teilweise berücksichtigt wurden. Die Verteilung der Altersklassen war folgende:



Hierbei scheint der Gipfel bei 25 auf die post-partum Psychosen und der weit größere Gipfel ab 40 auf die sog. klimakterische Depression zurückzuführen sein,

Der Abfall ab 55 entspricht wohl der natürlichen Mortalität, -

In der jahreszeitlichen Verteilung konnten die von den verschiedenen Autoren angegebenen Verteilungskurven nicht bestätigt werden. -

Im folgenden sei zunächst durch eine schematische Tabelle in knappester Form ein Überblick über die gefundenen ätiologischen Momente der einzelnen Patientinnen nach der gegebenen Einteilung gegeben. -

Dabei bedeuten

Spalte 1:	laufende Nr.
" 2:	gefundene familiär-hereditäre Belastungen
" 3:	frühkindlich erworbene Belastungen
" 4:	akut reaktive Belastungen
" 5:	chronische Belastungen
" 6-12:	durchgemachte oder momentane somatische Erkrankungen
" 13:	Altersangabe bezüglich klimakterischer Einflüsse (+ über 40, ++ über 60)
" 14:	zum Thema interessante Kasuistiken
" 15:	durch ? wurden diagnostisch unklare Fälle gekennzeichnet. -

Auf die aus diesen Ätiologiefaktoren hervorgehenden Gruppen wird im Teil B. eingegangen; die Beziehungen dieser Gruppen zur Themagruppe werden in C. behandelt,

TABELLARISCHE ÜBERSICHT ÜBER DIE VERWERTETEN FÄLLE

LAUF. NR.	HERED.	FRÜHK. PSYCH.	AKUT REAKT.	CHRON. REAKT.	VIRUS INF.	BAKT. INF.	THYREOID.	DIABET.	GONAD.	WOCHENBETT D.	KOPFTRAUMA	INVOLUT. D.	THEMAGRUPPE	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	++	+			+	++						++		
2				+								++		
3						+					+	+		
4				+						+		+		
5	++	+												
6				++										
7	+			+	+	+						+		
8				+					+			+		
9	++											+		?
10				++		++				++				?
11										+				
12			+	++								+		
13		+					+				+	+		
14	++		++									++	+	
15	+		++		+				+			+	+	
16		+	+	+				+				+		
17		+			+	++			+					?
18	+		++		+	+			+					
19				+	+	+								
20	+											+		?
21				+		+						+		?
22	++											+		
23						+								
24												++		
25					+									
26			+											
27											+	+		
28												+		?
29		+	+											
30		+	+							+				
31		+										+		?
32										+				

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
33	+						+			+				
34							+							
35			+	+							+			?
36							+							
37												+		
38							+					+		
39							+		+					
40		+												
41	+	+		+								+		
42			++									++		
43							+					+		
44			+	+										
45				+								+		
46	+									+				
47	+		+				+					+		
48							+							
49							+					+		
50			+	+			+					++	+	
51							+					+		
52	+						+					++		
53		+				+								
54	++	+				+								
55			+							++				
56			+			+								
57	++				+	+			+					
58	++		+			+								
59							+		+				+	
60	++					+	+							
61	++									++				
62			+		+		+					+		
63						+	+		+	+		+		
64			+									+		
65									+			+		
66	+	+		+	++									
67						++								
68				+								+		?
69			+									+		
70					++	+								
71														
72		+			+	+								
73	++					+			+		+			
74		+		+		++					+			

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
75												++		
76		+		+	+					+				
77	++			+	++							+		
78		++			+									
79	+											++		
80						+		+				++		
81	+			+			+					++		
82														
83			++						+			+	+	
84						+					+			
85	++		+	+										?
86		+			+	+						+		
87							+			++				
88		+	+				+					+		
89			+	+								+	+	
90			++	+	+	+								
91	++								+					
92	+				+	+						+		
93			++									+		
94		+							+			+		
95			+											
96	+		++									++	+	
97						+						+		
98	+				+	++	+							
99									+			+		
100	+		++		++	+	+		+					
101					+	+						++		
102	++			+	+	+						-		
103	+	++	+	+								++		
104			++		+	+								?
105				+					+	+				
106	+		++		+							++		
107	++		++	+	+		+		+			+	+	
108	++					+		+				++		
109												+		?
110	++		++			+	+					+		
111	++		+			+						++		
112	+						+	+				+		?
113		+			+	++								
114	++			+		++								

II. Kasuistik zum Thema

In den Krankengeschichten fand sich nun eine Anzahl Fälle, bei denen die Trennung der Mutter von ihrem Kind in irgendeiner Form als auslösende Ursache gewertet werden mußte. Hierbei ist jede Form, die der Mutter das Kind entzieht als Trennung gewertet, also sowohl Tod, als auch besonders Heirat, aber ebenso z. B. Auswanderung des Kindes. Es wurden nun im folgenden einige charakteristische Passagen aus Krankengeschichten zusammengestellt. Diese unterscheiden sich in den äußeren Umständen, unter denen die Trennung stattfand, sehr, haben aber alle den Mechanismus der Trennung gemeinsam. -

Es sollen nun hier nicht Seiten mit der Wiedergabe von Krankengeschichten gefüllt werden, sondern ich habe mich darauf beschränkt kurze, das Wesentliche zur Thematik gehörende wiedergebende Auszüge zu geben. -

Es muß hier noch bemerkt werden, daß die Auszüge wörtlich wiedergegeben sind und daß die Untersucher keinerlei besondere Beachtung auf die Fragestellung "Trennung von Mutter und Kind" verwandt haben. Trotzdem kommt diese Thematik in allen Krankengeschichten deutlich zum Ausdruck, wenn sie auch manchmal durch andere anamnestiche Einzelheiten etwas verdeckt wird. Die Auszüge sollen die Thematik kasuistisch veranschaulichen und einen Überblick geben über die Verschiedenartigkeit der Umweltsituationen, die alle durch eine Trennung der Mutter vom Kind depressionsauslösend wirken können.

Als erstes nun die Patientin Anna K., 51 Jahre, Hausfrau, deren Krankengeschichte aufgrund der klaren Thematik für sich selbst spricht:

Aus den Angaben der Schwägerin:

Seit 1 1/2 Jahren sei sie krank; immer wieder spricht sie von ihrem Sohn und dessen beiden Freundinnen; die eine habe er schließlich auf deren Drängen geheiratet, und nun fühle sie sich an allem schuld. Vor vier Wochen habe der Sohn geheiratet und seit sechs Wochen schlafe die Pat. nicht mehr. Nachts schreie es aus allen Ecken des Schlafzimmers, wo der Sohn geschlafen habe, sie habe Schuld. Der Sohn ist das einzige Kind.....

Aus den Angaben der Patientin:

Ich werde bloß mit meinem Problem nicht fertig; mein Sohn. Mein Sohn hat zu früh geheiratet, im Oktober wird er erst 21 Jahre.

Ich habe in einer dummen Stimmung meine Unterschrift gegeben, am 24. Juli hat er geheiratet. -

Der Sohn wohnte bis zu seinem Hochzeitstag bei ihr, dann zogen sie gleich nach Hohling; sie hat ihnen Möbel und ein Fernsehgerät mitgegeben. Er ist Feinmechaniker.....

Sie habe sich alles halb so schlimm vorgestellt. Sie habe verkehrt reagiert, man soll die Kirche im Dorf lassen.....

Auf der einen Seite möchte sie dem Sohn Vorwürfe machen, daß er sich mit einer Evangelischen verheiratet hat.....

Aus den Angaben des Sohnes:

Der Zustand seiner Mutter habe sich seit 23. März 62 verändert, als er nämlich erzählte, daß seine damalige Freundin (jetzige Frau) schwanger sei.

Sie hatte damals die ganze Nacht geweint: "Jetzt hat sie Dich erwischt. Das ist nichts für Dich. Zahle lieber."

Sie hat von Anfang an dagegen geredet;... Nachts weckte sie ihn und sprach immer wieder über das gleiche Thema, daß er sie nicht heiraten sollte. Sie vernachlässigte alles, auch sich selbst. Einmal bekam sie nach einer Auseinandersetzung, als er von zu Hause weggehen wollte, schwere Weinkrämpfe; sprach dann immer wieder über das gleiche, hängte sich an ihn, sperrte die Wohnung ab, daß sie nicht hinauskonnten, sagte: "Das ist das letzte Mal fürs ganze Leben, praktisch bei jeder Kleinigkeit, Glaubte immer, daß er nie wieder kommt, fragte immer nach der Hochzeit? Wie gehts Dir denn, habt ihr wohl gestritten."

Zuerst wollte sie nicht zur Hochzeit, kam dann aber doch.....

Nicht weniger eindrucksvoll ist die Krankengeschichte von Frau Herta L.; Hausfrau, damals 43 Jahre:

Aus den Angaben des Ehemannes:

Nachdem der Sohn 1942 vermißt war, wurde seine Frau ein sensibles Wesen, während sie vorher sehr robust und kraftvoll war. Sie

hatten beide den Verlust des einzigen Kindes nicht verwinden können. Seine Frau hat damals viel geweint; es war eine Katastrophe für uns. Seit dieser Zeit legte sie auf Kleidung und Verkehr mit anderen Menschen kaum noch Wert, es kam zu einem langsam schleichenden seelischen Bankrott, -

Aus den Angaben der Patientin:

Sie berichtet zu ihrer jetzigen Erkrankung, daß es eigentlich 1943 angefangen habe, seit ihr Sohn vermißt war. Der Sohn wurde 42 zum RAD eingezogen, anschließend zur Wehrmacht übernommen. Er hatte vorher Abitur gemacht und 7 Monate Praktikum als angehender Forstmeister. Er wollte Forstmeister werden. Nachher hatte sie keine rechte Freude mehr, "er war ein gut erzogenes Kind." Als am 8. Mai 45 die Russen ins Sudetenland kamen, hat sie das alles wenig berührt. Sie war sehr gefaßt. Bis August 45 hatte ihr Mann noch Arbeit, dann wurde er entlassen. Heute arbeitet er im Bergbau. . .

Sie haben sehr schlecht gewohnt, deshalb bauten sie sich ein Haus und bezogen dieses am 24. Nov. 62. In den ersten 3 Monaten habe sie noch weniger bemerkt, aber ab 63 überkam sie die Furcht. Sie wertet es als schlechtes Zeichen, daß der Schreinermeister, der als erster ins Haus trat, gerade geholfen hatte, eine Leiche wegzutragen. Sie hätte sich doch eher gewünscht, daß ein Kind ins Haus gekommen wäre. Sie sei ohne jede Hoffnung und sagte unter Schluchzern: "Mein Leben ist so inhaltslos"

Besonders ist in diesem Zusammenhang bei der jetzigen späteren Phase die Thematik der Leiche und der Ausspruch "Sie hätte sich doch eher gewünscht, daß ein Kind ins Haus gekommen wäre", die deutlich auf die Ursache der Krankheit (nicht der jetzigen Phase, die offenbar durch den Umzug "ausgelöst" wurde) hinweist. -

Als weiterer Fall sei die Patientin Therese M., Hausfrau, 47 Jahre, angeführt:

Aus dem Gutachten an die Bayer. Vers. Kammer:

- Sonst war sie immer gesund, sie hatte nur harmlose Krankheiten, Grippe.

Die Periode hatte sie schon seit ein paar Jahren nicht mehr. Einmal kam sie dann noch nach dem Unfalltod des Sohnes (!). Seither ist

sie wieder weg. Seit dem Unfalltod des Sohnes drückt es sie ständig auf der Brust, hier tut es auch so weh. Das bringt sie überhaupt nicht los. Einmal mußte sie nachts den Arzt holen, weil auf der Brust alles so stach. Die Schmerzen strahlten in den linken Arm aus. Sie war vor 6 bis 8 Wochen krank, allerdings nicht immer. Das war 14 Tage vor Weihnachten. Ab und zu merke sie diesen Schmerz jetzt noch. Sie hat viel Kopfweh in den Schläfen. Sie glaubt, daß das vom vielen Weinen kommt. Das Genick herauf sticht es manchmal so. Ständig besteht der Druck auf der Brust und die Kopfschmerzen. -

Hohen Blutdruck hat sie schon länger. Deswegen ist sie schon seit ein paar Jahren in Behandlung. Früher brachte sie den Blutdruck aber immer wieder herunter. Jetzt bringt sie ihn nicht mehr weg. Er beträgt immer 160 oder 180. -

Zum Schlafen muß sie immer Tabletten nehmen. Das Furchtbarste ist für sie und ihren Mann, daß sie den Burschen immer wieder sehen, der den Sohn totgefahren hat. Ihr Mann schläft seit dem Unfall überhaupt nicht mehr. Er geht die ganze Nacht. Am Tag geht er 4 bis 5 Mal zum Grab des Sohnes.

Aus den Angaben des beh. Arztes:

Die Blutdruckwerte waren vor dem Juni 1963 durchschn. 160/110, nach dem Unfall 190/120.

An Beschwerden nennt der beh. Arzt Schlaflosigkeit, Appetitmangel, innere Unruhe bis zu Depressionen, Erschrecken, besonders nachts, Weinkrämpfe, Nervenzusammenbruch.....

Aus dem psychischen Befund:

Ebenso wie ihr Mann, ist auch Frau M. heute noch stark deprimiert über den Verlust des jüngsten Sohnes, an dem sie mit großer Liebe hing. Wenn sie davon spricht, hat man oft den Eindruck, daß sie dem Weinen nahe ist, im übrigen jedoch wirkt sie relativ gefaßt und bringt vorwiegend körperliche Beschwerden vor, von denen sie annimmt, daß sie eine Reaktion auf den schweren Schicksalsschlag seien.....

Auch diese Krankengeschichte spricht für sich. Ebenso die folgende von Frau Erna S., Hausfrau, 50 Jahre, bei der wir noch hysterische

Symptome finden:

Aus den Angaben der Tochter:

Ostern 1963 hatte die Mutter sie in Paris besucht, seit dieser Zeit sei sie schon recht depressiv gewesen, habe sich ununterbrochen beschwert, daß sie sich zu wenig um sie kümmere, obgleich sie wußte, daß sie selbst durch eine Dolmetscherprüfung in Anspruch genommen war.

..... Sie selbst sei im März 64 aus dem Ausland in das Elternhaus zurückgekehrt, um in München noch einige Prüfungen zu machen. Pfingsten habe sie dann erstmal gegen die Mutter geäußert, daß sie nach bestandem Examen wieder in das Ausland gehen wolle. Darauf habe die Mutter begonnen, um ihr Dableiben zu betteln, sei immer untröstlicher geworden, habe schließlich gedroht, sich mit Schlaftabletten zu vergiften oder sich die Pulsadern zu öffnen, während sie vor 4 Jahren den Weggang ihrer Tochter als Selbstverständlichkeit hingenommen hatte.

Aus den Angaben der Patientin:

..... Im Juni des Jahres seien dann wieder Schlafstörungen aufgetreten. Sie habe wiederum begonnen, die gerade zu Hause weilende Tochter zu bedrängen, doch in Deutschland zu bleiben und mit ihr zusammenzuziehen, ihr seien wiederum Selbstmordgedanken gekommen.

Von den beiden folgenden Krankengeschichten seien nur kurze Auszüge gegeben:

Maria F. : außer dem Tod des Mannes, der an einem Leberkrebs gestorben sei, habe sie noch einen weiteren Schicksalsschlag erlitten, welcher ihr erst im Herbst vorigen Jahres mitgeteilt worden sei: den Heldentod ihres Sohnes. Die Pat. habe vorher nie mit den Nerven zu tun gehabt.

Die zeitliche Kohärenz ist also in diesem Fall deutlich. -

Im nächsten Fall dürfte noch eine gewisse Angst vor einem gänzlichen Verlust eine Rolle spielen:

Walburga R. :..... die Ehe sei nicht gut, sie habe zum Sohn ein größeres Vertrauen als zu ihrem Mann. In letzter Zeit habe sie sich sehr an ihn geklammert.....
 Er sei infolge einer Kriegsverletzung (Trennung!) vollständig gelähmt gewesen..... Sie habe mit ihm viel Kummer gehabt...

Nicht ganz so offen zu Tage wie in den bisherigen Fällen, liegt die Thematik im folgenden Fall der Frau Else U., Hausfrau, 53 J.: Hier wird die eigentliche Thematik durch eine vorgeschobene Sorge um den Hof, Schulden, für die bei genauer Betrachtung jeweils gar kein Grund besteht, etwas verdeckt. Offensichtlich will die Pat. die eigentliche Ursache aus gewissen religiösen Bindungen vor sich selbst nicht eingestehen und maskiert sie:

Aus den Angaben des Ehemannes und der begleitenden Tochter:

..... die jetzige Erkrankung begann seit dem Winter vor zwei Jahren und war wechselnd. Mal war seine Frau sehr aufgeregt, voller Angst, sie könne nichts mehr recht machen, sie würde ihre Arbeit falsch verrichten, ihr Mann könne mit ihr nicht zufrieden sein. Sie war dabei schwermütiger als vorher in den Jahren früher, sie macht sich auch viel Vorwürfe. Trotzdem hat sie ihre Arbeit bis zum heutigen Tag gut und richtig verrichtet. Heute morgen z. B. hat sie noch alle Kühe gemolken.....

..... Das Lieblingskind seiner Frau war der älteste Sohn. Dieser äußerte erstmals im September 1963, daß er Priester werden wolle. Er hatte zwar nur die Volksschule besucht, er war aber so fromm und innerlich ausgeglichen und ruhig und hat früher nie gewagt, diesen Wunsch vor dem Vater vorzubringen. Er ist ein sehr ordentlicher Junge, geht nie ins Wirtshaus, er hat auch keine Freundin. Seine Frau habe sich über diesen Entschluß sehr gefreut. Nach Ansicht des Referenten kann er aber nicht Priester werden. Der Vater will unbedingt, daß dieser Sohn den Hof übernimmt. Diese Entscheidung und die Spannungen über die Berufswahl des Sohnes haben die Ehefrau sehr belastet.....

..... Sie schlief seit September sehr schlecht, abends lag sie wach, konnte nicht mehr einschlafen. Sie redete dann viel von der Tagesarbeit, sie betete laut, sie war furchtbar aufgeregt. In der letzten Nacht z. B. hatte sie wegen einer Kleinigkeit Streit mit ihrem Mann.....

Aus den Angaben der Patientin:

.....weiter beschwert sich die Patientin spontan, ihr Mann sei so roh und barsch und unbeherrscht gewesen. Trotzdem sei er ein guter Mann gewesen, er sei nur so erzogen worden, er könne nichts dafür. 1953 hätte man sich ein Haus gebaut, sie äußert nun, daß sie noch viel Schulden hätten. Nach wenigen Sätzen hört man aber, daß das Haus schon bezahlt sei, nur noch einmal ein Betrag in der gleichen Höhe ist wegen anderer Anschaffungen heute noch zu bezahlen, Alles läßt ihr jetzt keine Ruhe, sie sei erschöpft, sie habe so viel Geldsorgen. Trotzdem seien insgesamt gesehen diese Geldsorgen nicht das Schlimmste, viel mehr sei schon das Schicksal des Hofes.

Auch der Wunsch des Sohnes, Pfarrer zu werden, belaste sie sehr. Sie wäre glücklich, wenn der Sohn das Ziel erreichen würde, aber sie sieht ihren Hof gefährdet, weil der 14-jährige Sohn zwar Lust am Hof hat, aber er hat doch keine Ausdauer in der Arbeit. Dies alles sei ihr so schwer, sie wisse nicht, wie alles werden solle, es liege alles wie ein Berg vor ihr. Deshalb sei sie auch so schlaflos. Sie hat etwas ganz schweres auf der Brust und in der Brust.....

Die eigentliche Motivation wird bei genauerer Betrachtung ohne weiteres deutlich, man erkennt Aussprüche wie "Sie hat sich über den Entschluß sehr gefreut," "Sie wäre glücklich, wenn der Sohn das Ziel erreichen würde.." In Maskierung der eigentlichen Beweggründe vor sich selbst auf der Kollision der an sie gestellten moralischen Forderung und dem eigentlichen Wollen. -

Die folgende Krankengeschichte erfordert besondere Aufmerksamkeit, denn in ihr kommt die Thematik nicht so explizit zum Ausdruck wie in den letzten. Jedoch ist das fortwährende Sicheinmischen der Schwiegermutter in die junge Ehe, bis dies schließlich zur Scheidung führt, ein genügend deutliches Zeichen für die besondere Bindung der Mutter an den Sohn. Nachdem der Sohn nun nochmal geheiratet hat, ist dies aufgrund der Vorgeschichte klar im Sinne einer Ursache der vorliegenden Erkrankung zu deuten.

Frau Helene D., Hausfrau, 61 Jahre:

.....Die Patientin sei früher eine sehr fleißige aber in sich gekehrte und verschlossene Frau gewesen, habe nur ihre Arbeit gekannt und sich alle Freuden des Lebens versagt. 1958 wurde die erste Ehe ihres Sohnes gelieden. Die Patientin sei wohl nicht ganz unschul-

dig daran gewesen, habe sich fortwährend in die ehelichen Probleme der jungen Leute eingemischt, der Schwiegertochter ständig Vorwürfe und Vorschriften gemacht.

Seit etwa sechs Wochen habe sich die Patientin über ihr bereits eigenartiges Wesen hinaus zunehmend verändert. Sie habe jede Energie verloren, sitze stundenlang zu Hause herum und könne sich nicht zu den kleinsten Handhabungen aufraffen, so daß der Haushalt im wesentlichen von ihrem Mann geführt werden müsse. Sie könne nicht mehr schlafen, habe keinen Appetit, habe in einem Monat sechs Kilo an Gewicht verloren. Sie habe an nichts mehr Interesse und nehme die Vorgänge um sich herum gar nicht mehr richtig auf, lamentiere viel und mache sich Vorwürfe, ob sie den anderen Familienmitgliedern gegenüber nicht genügend Liebe aufgebracht habe, daß sie die erste Ehe ihres Sohnes hintertrieben habe. Klagt sich an, daß sie ihren Mann vernachlässigt habe.

Aus den Angaben der Patientin:

.....die erste Ehe ihres Sohnes wurde 1958 geschieden, nachdem es schon sechs Jahre vorher zu Unstimmigkeiten gekommen war. Die jetzige zweite Ehe sei glücklich, wenn auch nach Gottes Wille kinderlos. Sie habe damals sehr unter dem Gefühl gelitten, an dem Scheitern der ersten Ehe ihres Sohnes die Schuld zu tragen. Sie habe nie echte Liebe für ihre Schwiegertochter empfinden können und sich diesen Mangel an Gefühl als eine unchristliche und schuldhaftige Haltung vorgeworfen und sie durch äußere Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft wettzumachen versucht.

.....Allerdings mache sie sich Vorwürfe, daß sie in der Liebe gegenüber ihren anderen Familienangehörigen versagt habe und kein wahres Christentum lebe.

Bei genauer Betrachtung tritt auch hier die auslösende Ursache klar zu tage. -

Insgesamt waren in der Zahl aller untersuchten Fälle von Depressionen bei Frauen 7 % durch eine Auslösung infolge Trennung der Mutter vom Kind gekennzeichnet.

Aus den angeführten Fällen geht nun deutlich hervor, daß die Trennung der Mutter vom Kind im Sinne der Auslösung einer Depression wirken kann. Im folgenden sollen nun die Zusammenhänge der o. a. Fälle zu den übrigen atiologicalen Momenten betrachtet werden. -

Als letzten Fall außerhalb der Betrachtung unserer Statistik, möchte ich aber noch eine Krankengeschichte anführen, die wegen ihrer Eigentümlichkeit erwähnenswert ist, obwohl sie nicht expressis verbis zum Thema gehört, Phasenauslösend (wenn auch nicht depressionsauslösend) wirkte bei dieser Patientin der Tod des Hundes. Wenn man aber beobachten konnte, wie manchmal Frauen ihr Haustier quasi "an Kindes statt" angenommen haben, dann sieht man die Parallele in diesem Falle deutlich.

Ähnliche Fälle, z. B. beim Tod des Kanarienvogels, sind schon von Kraepelin beschrieben worden, und ich möchte nicht versäumen, diesen Fall wegen seiner Eigentümlichkeit hier kurz zu erwähnen:

Frau Hannelore G. :

Aus der Eigenanamnese:

Im Jahre 1957 trat nach dem Tod des Mannes die erste Phase einer Depression auf, die plötzlich nachts begann. Damals wurde die Patientin noch während der Nacht ins Krankenhaus eingewiesen, da sie offenbar agitiert war, erbrach und nicht zu beruhigen war..... Ende September 1964 starb der Zwergspitz der Patientin, worüber sie sich sehr aufregte, und einige Tage danach kam es zu starker Unruhe und Schweregefühl in der Brust. Ferner hatte sie Schmerzen in der Magengegend und konnte nicht schlafen. Der Appetit nahm ab, und sie hatte ein deutliches Kloßgefühl im Hals. Morgens fühlte sie sich schlechter als abends; dieser Zustand dauerte monatelang und sprach nicht auf Tofranilbehandlung an. Im Dez. bis Jan. 64 befand sie sich 5 Wochen lang in stationärer Behandlung in Landshut, wo sich keine Besserung einstellte; sie sich im Gegenteil immer elender fühlte. -

B.) DISKUSSION UND STATISTIK DER ÄTIOLOGISCHEN FAKTOREN DER VERGLEICHSGRUPPE

Im folgenden Teil sollen nun zuerst die einzelnen Faktoren behandelt und auf ihre Wechselwirkungen untersucht werden.

I. Die familiär-hereditäre Belastung

Hiermit soll der Fall bezeichnet werden, wenn in der Anamnese ohne besondere Schwierigkeit vom Pat. die Auskunft zu erhalten war, daß entweder Vorfahren oder Geschwister (siehe auch später II.) ebenfalls psychiatrische Erkrankungen, seien es Depressionen, seien sie anderer Art, aufgewiesen hatten. Die Einbeziehung auch anderer Geisteskrankheiten, bes. Schizophrenie, stützt sich auf die immer wieder beobachteten diesbezüglichen Erfahrungen und auf eine Veröffentlichung von HUTTER¹⁾, der die Ansicht vertritt, Hysterie, Wangsneurose, Depressionssyndrom, Melancholie und Schizophrenie seien nur quantitative Unterschiede der gleichen Reaktionsnorm. BAEYER²⁾ vertritt die Ansicht, unsere starre Einteilung sei überhaupt nur durch unsere Typendiagnostik artifiziell entstanden. -

Auch zeigte sich aus dem Krankengut deutlich, daß eine Schizophrenie Erbanlage durchaus eine Endogene Depression im Gefolge haben kann, -

Daß bei der Endogenen Depression ein congenitaler Faktor eine Rolle spielt, wurde kaum je bezweifelt. KOLLE hat betont, daß Endogene Psychosen nur den Vorbelasteten treffen. Nur über den Erbgang ist man sich nicht im klaren. Dieser gibt auch oft zu Überlegungen Anlaß, denn manchmal sind z.B. nur Geschwister, keine Eltern oder Großeltern betroffen. -

Wenn auch die Veranlagung im Fall der erblichen Belastung stark zur Wirkung kommt, kann nicht von einer dominanten Vererbung gesprochen werden. Aber auch rezessive Linien sind nicht klar erkenntlich.

Weiter hilft bei den Gedankengängen ein Grundsatz der Vererbungslehre: Prinzipiell wird ja nie eine Eigenschaft als solche vererbt, sondern jeweils nur eine Reaktionsnorm auf die Umwelt. Es muß also bei entsprechender Umwelt durchaus keine Depression zum Durchbruch kommen, auch wenn diese

-
- 1) HUTTER, N. : Die Psychopathologie der schwermütigen Psyche und die klin. Depressions- und Melancholietypen.
 - 2) BAEYER, W. v. : Zur Psychopathologie der Endogenen Psychose.

deutlich angelegt ist. Man kann sich z. B. einen depressiv veranlagten Vater in freiberuflicher oder mit hoher Verantwortung belasteter Stellung vorstellen, der seinen Sohn beeinflusst, einen aus seiner Sicht weniger belastenden Beruf zu ergreifen; so kann die Veranlagung völlig verdeckt werden. Auch ist möglich, daß gleich veranlagte Geschwister durch ihre verschiedene Stellung in der Familie - wenn dem jüngeren z. B. immer der ältere Bruder als "gutes Beispiel" vorgehalten wird - eine ganz verschiedene Entwicklung nehmen. -

Mit WITTKOWER ¹⁾ kann man auch annehmen, daß sich die gleiche Veranlagung einmal psychiatrisch in der Endogenen Depression oder aber psychosomatisch etwa in Pruritus äußern kann, was den Erbgang wiederum sehr verschleiert. -

Zwangsläufig erhebt sich bei der Vorstellung von der Vererbung einer Anlage zur Psychose die Frage, was eigentlich vererbt werden kann. Nach ARNOLD ²⁾ ist bei der Endogenen Psychose die Erlebnisvollzugsstörung gestört.

Man könnte sich bei der Endogenen Depression vielleicht so etwas wie eine Asthenie der Psyche, eine Vererbung von Charaktereigenschaften, wie z. B. Anpassungsbreite, Empfindsamkeit, Labilität, vorstellen. -

Außerdem wurde ein gewisser Zusammenhang zwischen Kretschmer's Konstitutionstypen und psychiatrischer Veranlagung beobachtet. Das führt zu der Vorstellung, daß evtl. die gleiche Veranlagung psychiatrische und psychische Merkmale ausbilden kann und somit zu der Frage, was denn nun eigentlich im molekulariobiologischen Sinn vererbt werden kann, das für die Depression verantwortlich zu machen ist. Denn bei echter, rein genetischer Vererbung - auf eine Art Pseudovererbung wird in B. II. eingegangen - muß die Übermittlung ja in den Genen, d. h. im Molekularen und damit im somatischen Bereich liegen.

Denn Gedankeninhalte, eine falsche Denkweise und Einstellung zum Leben, wie sie z. B. BECK ³⁾ konstatiert hat, sind ja rein geistige Inhalte und nicht in dem Sinne vererbbar.

Die Vorstellung von der molekularen Vererbung führt nun aber zwangsweise zu einer Vorstellung, etwa im Sinne von anomalen Stoffwechsellagen, die das Auftreten einer Depression begünstigen könnten. Hierzu wird in B. IV. noch

-
- 1) WITTKOWER, E. D. : Phenotropic drugs in psychosomatic skin disorders, a. a. O.
 - 2) ARNOLD, O. H. : Zur multifaktoriellen Genese der Schizophrenie, a. a. O.
 - 3) BECK, A. T. : Thinking and Depression a. a. O.

einzugehen sein, -

Tatsächlich wurden von KOPTAGEL ¹⁾ Fälle beschrieben, bei denen sowohl die Depression als auch die Akromegalie in einer Person hereditär waren. DITFURTH ²⁾ wiederum beschreibt Fälle, wo im Gefolge von Erkrankungen, besonders infektiöser Natur, Depressionen auftraten. Solche Fälle werden allerdings z. B. von MATTUSSEK ³⁾ psychogen interpretiert, worauf in B. III. noch eingegangen wird. Pathophysiologisch sieht Ditfurth die Ätiologie in einer Störung der diencephalen Regulation. -

Von FROHMANN und Mitarbeitern konnten Veränderungen im Laktat-Pyruvat-Stoffwechsel gezeigt werden (s. a. später B. II). ROSENBLATT ⁴⁾ zeigte andererseits, daß der Adrenalinstoffwechsel beim Depressiven verändert ist. BUNNEY ⁵⁾ fand, daß der Nor-Adrenalingehalt bei Depressiven im Gehirn sowohl im Gehalt erniedrigt, als auch in der Verteilung verändert ist. Besonders interessant ist in diesem Zusammenhang, daß eine deutliche Erhöhung wieder unter Imipramid und Monoaminoxidase-hemmern festgestellt wurde. Demgegenüber erniedrigen Reserpin und Methyldopa den Noradrenalingehalt des Gehirns und können sogar Depressionen erzeugen. GIBBONS ⁶⁾ zeigte, daß die Cortisolsekretionsrate beim Depressiven erhöht ist und auch die C-17-Steroide solchen während der Phase erhöht sein.

Daß prinzipiell seelische Zustände ihre Repräsentation im molekularen Bereich haben, ist ja nicht erst durch die Psychopharmaka, sondern schon allgemein durch alle auf das Seelenleben wirkenden Drogen einleuchtend. LEUNER ⁷⁾ zeigte auch, daß eine "auffallende Homologie" zwischen solchen experimentell-pharmakologisch ausgelösten und Endogenen Psychosen besteht, -

-
- 1) KOPTAGEL, G. : Zur Differentialdiagnose der Depressionen, a. a. O.
 - 2) DITFURTH, H. v. : Zur Begriffsbestimmung der endogenen und exogenen Noxe, a. a. O.
 - 3) MATTUSSEK, P. : Endogene Depression, a. a. O.
 - 4) ROSENBLATT, S. : Differences in the Metabolism of Nor-Epinephrine in Depressions. a. a. O.
 - 5) BUNNEY, W. E. : Nor-Epinephrine in Depressive Reactions. a. a. O.
 - 6) GIBBONS, I. L. : Cortisol Secretion Rate in Depressive Illness, a. a. O.
 - 7) LEUNER, H. : Grundzüge einer konditional-genetischen Psychopathologie am Beispiel der experimentellen Psychose, a. a. O.

Allgemein ist zu sagen, daß die Erklärung durch konstitutionelle Minderwertigkeit im organisch-medizinischen Bereich heute durchaus als gängig und plausibel gilt. Wieviele Krankheiten werden durch z. B. konstit. Minderwertigkeit des Bindegewebes, R. E. S., Zähnschmelzes erklärt. -

In meiner Untersuchung war die Rate der deutlich, d. h. von mindestens 1 Verwandten Belasteten 38 %. Davon waren 20 % mit 2 oder mehr Verwandten belastet. -

Gerade die Frage der "Vererbung" von Denkinhalten, wie es bei der Depression ja scheint, einer Grundeinstellung, wirft nun die Frage auf, ob die Weitergabe der depressiven Veranlagung nicht auch durch Erziehung und frühkindliche elterliche Einflüsse möglich ist, wodurch eine Vererbung auch nur statistisch vorgetäuscht werden kann. Dies leitet über zu den

II. Psychogen erworbenen Faktoren

BECK ¹⁾ stellte Analysen des Denkprozesses beim Depressiven an. Er fand, daß durch Verdrehung des Denkens aus der dadurch fortschreitenden Dominanz idiosynkratischer Denkschemata solche nach Art bedingter Reflexe entstehen. In dieser Denkweise zwingen die immer wiederkehrenden idiosynkratischen Schemata die Konzipierung einer Erfahrung in eine starre Schablone mit darauffolgendem Verlust der realen und logischen Denkqualitäten. In einem Denkschema der Frustration wird also z. B. jemand manche Unwesentlichkeiten des tägl. Lebens immer gleich als Ablehnung seiner Mitmenschen ihm gegenüber interpretieren und sich in die Ansicht hineinsteigern, er sei unbeliebt.

Es ist dann gut vorstellbar, daß derartige Denkgewohnheiten ähnlich wie Sitten und Gebräuche, geistige Einstellung, religiöse Überzeugungen automatisch von den Eltern mitgegeben werden. -

KUHLENKAMPF ²⁾ vertritt die Ansicht, daß die Einordnung des Menschen in die Umwelt nicht von vornherein gesichert und instinktiv gege-

1) BECK, A. T. : Thinking and Depression, a. a. O.

2) KUHLENKAMPF, C. : Über Wahnwahrnehmungen, a. a. O.

ben ist, sondern sich erst vollzieht. Sie könne gelingen, aber auch mißlingen oder gestört sein.

Viele Eltern glauben, daß gerade ihre Kinder etwas Besonderes sind, und die Kinder bekommen dann von frühester Jugend eine derartige Anspruchsstellung mit. Auch eine Erziehung zur "nordischen Herrenrasse" kann sicher ähnliche Reaktionen auslösen. Die Konfrontation mit der Realität kann dann später zu entsprechenden Reaktionen führen. Der sich zu höherem berufen Fühlende ist dann mit einem normalen Schicksal, in dem ein anderer glücklich und zufrieden wäre, dauernd unzufrieden. OPITZ ¹⁾ hat einen Teil der Alterspsychosen als Reste kindlicher Fehlhaltungen herausgefunden. GOSHEN ²⁾ und WEISS ³⁾ konnten zeigen, daß mütterliche Neurosen, Gefühlskälte, Depressionen im 1. bis 2. Lebensjahr des Säuglings Entwicklungs- und Sprachstörungen hervorrufen können. FULLERTON ⁴⁾ zeigt an einem psychosomatischen Fall die spez. Schwierigkeiten des Mutter-Kindverhältnisses. Die Stillgewohnheiten der Mutter brachten dem Säugling erste soziale Begriffe bei, und der Säugling sei gezwungen, sich darauf einzustellen. Mütter von "ruminators" seien meist unreif gewesen und falsch erzogen und nicht in der Lage, ihre Kinder warm zu umsorgen. Besonders interessant sind in diesem Zusammenhang die schon zitierten Ergebnisse von FROHMANN und Mitarbeitern. Er machte an Menschenaffen Versuche, indem er sie frühkindlichen Frustrationen im oben angegebenen Sinne aussetzte. Je nach dem Grad der Frustrierung boten die Tiere ein Bild von etwa einer Neurose bis einer Schizophrenie vergleichbaren Zuständen.

Wichtig ist auch, daß auch hierbei wie bei den Menschen jene Veränderung des Laktat-Pyruvat-Metabolismus auftrat. Es ist also möglich, daß auch die anderen oben zitierten sog. somatischen Veränderungen (Adrenalin, Cortisol) sekundär durch psychische Veränderungen hervorgerufen werden, besonders nachdem sie meist nur in der Phase bestanden. Sie wären also nicht Ursache, sondern vielmehr eine Wirkung der eigentlichen Ursache, die als zwischengeschaltetes Glied der Ursachenwirkungskette dann gegebenenfalls in Richtung der depressiven Gemütslage weiterwirkt. -

-
- 1) OPITZ, E. : Psychotherapie im höheren Lebensalter
 - 2) GOSHEN: Mental Retardation and Neurotic Maternal Attitudes,
a. a. O.
 - 3) WEISS, L. et al. : Psychotic mothers and their children, a. a. O
 - 4) FULLERTON, D. T. : Infantile Rumination.

Daß frühkindliche Verwaisung eine Ursache der Depression sein kann, ist unter diesen Aspekten mehr als wahrscheinlich. Und so fanden auch BECK ¹⁾ die Zahl der Kinder, die vor dem 4. Lebensjahr Waise geworden waren, in einer Gruppe von Depressiven im Vergleich zu einer nicht depressiven Kontrollgruppe deutlich erhöht, ganz bes. auch bei schweren Depressionen. BROWN ²⁾ fand mit gezielten Anamnesen in seinem Krankengut eine Rate von 41 %, bei denen ein Elternteil vor dem 15. Lebensjahr verstorben war. Auch die Untersuchung von POLLOCK ³⁾, der 8 Jahre lang 380 ambulante psychiatrische Patienten untersuchte, bei denen ein Elternteil oder Geschwister vor dem 19. Lebensjahr verstorben waren, ist diesbezüglich aufschlußreich. SETHI ⁴⁾ fand bei der Addition aller Trennungsanamnesen wie Tod eines Elternteils, Geschwister, Ehescheidung der Eltern, längere Hospitalisierung eines dieser oder des Pat. selbst etc. eine Totalquote von 60 % diesbezüglicher anamnetischer Belastungen. DESTUNIS ⁵⁾ führt depressive Neurosen im Kindesalter ebenfalls auf 1.) Verlust der Eltern, 2.) Ehescheidung derselben, und 3.) Unehelichkeit des Patienten zurück. -

Alle diese Untersuchungen zeigen in Richtung des Kaspar-Hauser Komplex, der in frühester Jugend durch das Gefühl der Vereinsamung entsteht, wenn die Familie (i. e. Mutter) dem Kinde nicht das Maß von Zärtlichkeit und Liebe zuwenden kann, das es zur Entwicklung seiner sozialen Kräfte braucht,

Der Kaspar, Hauser-Komplex läßt auch später eine echte Kommunikation mit anderen nicht mehr zustande kommen; innerhalb der sozialen Gruppen wird ein solcher Mensch zum unpersönlichen Teilgebilde (so Mitscherlich). -

Dies entspricht auch der Vorstellung von Matussek, der in diesem Zusammenhang von einem kontaktarmen, eigentlich nur sich selbst lieben können den Menschen spricht. -

Es ist auch durchaus verständlich, daß ein solches Isoliertheitsgefühl Mißtrauen, Argwohn, dadurch Kontaktarmut erzeugen kann, die wiederum in den Circulus vitiosus des Isoliertheitsgefühls einmünden. -

-
- 1) BECK, A. T. : Childhood Bereavement and Adult Depression, a. a. O.
 - 2) BROWN, : Depression and Childhood Bereavement, a. a. O.
 - 3) POLLOCK, G. H. : Childhood Parent and Sibling Loss in Adult Depressions, a. a. O.
 - 4) SETHI, B. : Relationship of Separation to Depression, a. a. O.
 - 5) DESTUNIS, G. : Depressionsneurosen im Kindesalter, a. a. O.

In unserem Krankengut betrug die Zahl derer, aus deren Krankengeschichte deutlich die Wahrscheinlichkeit einer echten frühkindlichen psychischen Laesion hervorging, 20 %.

Die Möglichkeit des frühkindlichen Erwerbs des depressiven Faktors, wird von manchen Autoren aber noch abgelehnt. Sie gehen an, diese Faktoren seien derart ubiquitär, daß sie nicht als Ursachen gelten könnten, da sonst alle depressiv sein müßten. Deshalb wurden nur die Fälle als solche bezeichnet, die ziemlich eindeutig für eine solche Ursache sprachen, also durchaus nicht ubiquitär sind, z. B. uneheliches Kind, Mutter-Malermodell, tyrannisch, oder Vater überlastet, "ich erfuhr häufig Ungerechtigkeiten", erste Phase dann interessanterweise kurz nach der Eheschließung (!), etc. -

Trotzdem spricht eine Anzahl von 20 %, die ohne tiefenpsychologische Recherchen ans Tageslicht kamen, weitgehend für eine Berechtigung dieses Faktors. -

Auch auf anderen Gebieten der Psychologie rechnet man heute selbstverständlich mit erworbenen Faktoren. So hat CORELL ¹⁾ eine analoge Erklärung für Lernstörungen b. Kind gegeben. In solchen Fällen handele es sich meist um Folgen früherer deprimierender Erfahrungen im Lerner. Solche Kinder seien einfach nicht für andauerndes Lernen zu motivieren. Sie seien flatterhaft, unkonzentriert, unansprechbar, nervös.

Die häufigen Versagenserlebnisse haben das Anspruchsniveau des Kindes soweit gesenkt, daß das Zutrauen zu den eigenen Fähigkeiten geschwächt ist.

Im Gegensatz zu den oben angeführten nur statistisch untermauerten Arbeiten, konnte diese Theorie quasi experimentell gestützt werden. So hat es doch einige Überzeugungskraft, daß die psychoanalytischen Beziehungen richtig aufgeschlüsselt wurden, wenn die darauf aufbauende Therapie, in unserem Fall Ermunterung durch gute Noten, von Erfolg war. -

1) CORELL, W.: Lernpsychologie, a. a. O.

III. Der reaktive Faktor

Als nächstes soll die reaktive Komponente in der Genese der Endogenen Depression untersucht werden. Diese reaktive Komponente ist im allgemeinen nicht umstritten, aber es wird von den verschiedenen Autoren oft nicht ganz dasgleiche verstanden. Ich machte deshalb eine Einteilung einerseits in akute und chronische Reaktionen, andererseits in Reaktionen auf bewußte und unbewußte Anlässe. -

Unter der akuten Reaktion werden Umweltveränderungen verstanden, die in direktem deutlichen Zusammenhang mit dem Ausbruch der Krankheit stehen und aufgrund ihrer Schwere auch als ursächlich betrachtet werden können. Es sollen damit nicht die oft minimalen "Anlässe" aus Alltagserlebnissen gemeint sein, die von stark familiär belasteten Personen angegeben werden und nur dem Kausalitätsbedürfnis des Pat. Rechnung tragen. Diese Depressionen wären auf andere kleine Anlässe wohl genauso manifest geworden. Frühere Untersucher, die nach Ursachen der Depression forschten, suchten im allgemeinen in erster Linie nach derartigen reaktiven Anlässen. -

Über das, was man als Anlässe bezeichnen kann, gehen die Meinungen aber heute noch auseinander. Daher divergieren wohl auch die Untersuchungsergebnisse so stark. Der Verlust eines Angehörigen, sei es durch Tod oder anderes, wird heute allgemein als Anlaß erkannt, der Umzug meist auch. Es ist ja auch verständlich, daß z. B. alte Leute, die ein Leben lang eine Umgebung gewöhnt waren, auf eine Änderung derselben psychisch reagieren. Der Volksmund sagt: "Einen alten Baum kann man nicht mehr verpflanzen!" Ich beobachtete sogar den Fall, daß eine jüngere Frau nach einem Umzug innerhalb der Stadt noch nach Jahren zum Einkaufen auch der alltäglichsten Dinge in ihre alte Gegend ging, obwohl diese ziemlich weit entfernt war. Auch das bekannte Heimweh kann man als leichte depressive Reaktion auffassen. STENBACH¹⁾ zeigte, daß Verlust von Personen, aber auch finanzielle und berufliche Verluste als Auslöser wirken können.

GUNDERSON²⁾ stellte Untersuchungen an Antarktisstationsmannschaften an, und fand in 40 bis 60 % Traurigkeits- und Depressionsgefühle und somatisierte Beschwerden. Auch Wochenbettpsychose wird heute vielfach als Reaktion auf die grundsätzliche Änderung in der Lebenssituation der Mutter zu-

1) STENBACH, A. : Object loss and Depression, a. a. O.

2) GUNDERSON, E. K. E. : Emotional Symptom in extremely isolated groups, a. a. O.

rückgeführt, wie Analysen von KRÜGER ¹⁾ zeigen. SCHULTE ²⁾ spricht auch von einer Entlastungsdepression, die dann auftritt, wenn einem Menschen eine belastende Arbeit, ein Ziel, auf das er immer orientiert war, genommen wird und dadurch eine innere Leere eintritt, da er wieder Zeit zum Nachdenken hat. Auch BLANKENBURG ³⁾ hält die Entlastungsdepression durch diesen reaktiven Anlaß für möglich und stellt ihr noch analog die Belastungsmanie gegenüber. Allgemein gilt ja sicher, daß es analog zur reaktiven Depression die reaktive Manie gibt. Man beobachtet sie manchmal bei Personen der hierarchischen Spitzenstellungen, z. B. Staatschefs, denen niemand ihre Mißerfolge mehr zu sagen wagt, und die sich dann für unfehlbar halten. LEDERER ⁴⁾ beschrieb es bei ehemaligen KZ-Häftlingen sowohl Depressionsneigung als auch psychosomatische Reaktionen. Er spricht von einer Änderung des Grundcharakters des Gemütes. Diese Grundeinstellung ist dann später nur noch schwer zu beeinflussen, auch nicht durch gute Nachrichten. Analog tritt offenbar auch die reaktive Manie in ein fixiertes Stadium. Für später einsetzende Phasen ist eine derartige Fixation, eine endogene Dynamik verantwortlich zu machen. -

In meiner Statistik betrug die Zahl der Fälle mit klarem adaequatem Anlaß in zeitl. Zusammenhang 31 %. Hierin sind die Patientinnen zur Themagruppe, also diejenigen, bei denen der Anlaß eine Trennung der Mutter vom Kind war, eingeschlossen. Auf sie wird später noch besonders eingegangen werden. Nicht eingeschlossen sind die folgenden behandelnden Fälle von reaktiver Depression.

In diese Gruppe, die ich chron. reakt. Gruppe nennen möchte, gehören alle Fälle, die durch eine an sich unerfreuliche Lebenssituation z. B. eine zerrüttete Ehe o. ä. gekennzeichnet sind. Eine oft bewältigte Situation wird auf einmal nicht mehr gemeistert, der Mensch ist quasi der Dauerbelastung fortwährender eigentlich unterschwelliger als einzelne nicht als Anlässe zu bewertender Vorkommnisse nicht mehr gewachsen. Er fragt sich auf einmal, ob

-
- 1) KRÜGER, H. : Die Wochenbettpsychose im Wandel der Anschauungen, a. a. O.
 - 2) SCHULTE, W. v. : Entlastungssituationen, a. a. O.
 - 3) BLANKENBURG, W. : Lebensgeschichtliche Faktoren bei manischen Psychosen, a. a. O.
 - 4) LEDERER, N. : Entwurzelungsdepressionen ohne Depression, a. a. O.

enn dieses Leben immer so weiter gehe, er "sieht sich nicht mehr hinaus". Der Patient gibt sozusagen die Hoffnung, die er bisher hatte, nämlich, daß sich seine Lebenssituation grundsätzlich noch ändern könne, auf. Die dauernden kleinen psychischen Laesionen führen zu einer Umstimmung des Gemütes. ähnlich wie oben im Falle der KZ-Häftlinge bei Lederer, die dann zu chron. Depressionen u. Suizid führen können. Er kommt, ganz entsprechend der Philosophie von Camus zu dem Schluß, daß dieses Leben sich nicht mehr lohne und zieht die Konsequenz. Die Mitmenschen sagen dann, er habe versagt. Man kann diese Fälle auch als Ermüdungsdepression bezeichnen. Das geistige Milieu addiert sich zu einer immer unerfreulicheren Weltanschauung, während die psychische Resistenz immer schwächer wird. Die Situation spitzt sich zu und führt dann zur Reaktion, daß der Pat. keinen Sinn mehr in seinem Leben sehen kann.

WEGENER¹⁾ sagt, daß eben die Anpassungsfähigkeit des Menschen überfordert sei. Er meint auch, daß es sich in diesem Fall nicht eigentlich um eine Psychose handle. Arthur Miller hat einen derartigen Fall von Ermüdungsdepression mit Zusammenwirkung verschiedener lebensgeschichtl. Ursachen und Suizidfolge in dem Theaterstück "Tod des Handlungsreisenden" dargestellt.

Bei solchen Fällen kann man sich nun fragen: warum gerade jetzt. (Jores). Dies scheint nach ähnlichen, noch völlig unklaren Mechanismen zu verlaufen, wie z. B. jeder spontane Entschluß, jede Initiative. Man fragt ja auch nicht, warum einem gerade jetzt ein Gedanke, eine Idee gekommen ist. Eine direkte Auslösung ist dabei offenbar nicht unbedingt erforderlich. -

In meiner Statistik war die Zahl dieser chron. -lebensgeschichtlich verursachten Depressionen immerhin 27 %! Diese unerwartet hohe Zahl hat mich bewogen, sie als selbständige Gruppe zu betrachten. - Zusammen mit den akuten Reaktionen ergeben sich somit eine Gesamtzahl von 49 % bei denen die Depressionen auf eine irgendwie geartete Reaktion zurückgeführt werden konnte. -

1) WEGENER, H. ; Zur Psychologie der seelischen Überforderung, a. a. O.

Bei dieser Aufstellung ist nun zu betonen, daß es sich um bewußte, also von den Patientinnen dem aufnehmenden Arzt ohne irgendwelche psychoanalytischen Hilfsmittel erzählte Tatsachen handelte. Wenn von der Patientin diese auch nicht immer selbst als Anlaß erkannt wurden, so waren sie doch voll bewußt. -

Den bewußten und bekannten Anlässen müssen wir nun die unbewußten gegenüberstellen. Die Psychoanalyse seit Freud zeigte, wie oberflächlich unsere rationalen Begründungen für unser Handeln vor uns selbst sind. Besonders die Motivforschung konnte mit großem Aufwand zeigen, daß wir uns über unsere eigenen Ziele gar nicht wirklich im klaren sind. Und gerade die Motivforschung, wenn sie auch von vielen oft als zu kommerziell orientiert betrachtet wird, zeichnet ja aus, daß sie durch die Erfolgskontrolle der vorgeschlagenen Maßnahmen mehr als sonstige psychologische Interpretationen feststellen kann, wann die unbewußte Dynamik richtig enträtselt wurde. -

Wenn also gezeigt werden konnte, daß sich der Mensch eines Großteils seiner eigentlichen Ziele und Wünsche gar nicht bewußt ist, so ist auch verständlich, daß es ihm nicht direkt bewußt ist, wenn ihm durch irgendeinen Lebensumstand ein solches Ziel verloren geht und daß dann die darauffolgende Reaktion als endogen erscheint. Wir können aber eben nicht etwas einfach als endogen bezeichnen, nur weil das Psychogene nicht direkt ins Auge springt. -

Im Grunde sind aber auch die klar reaktiven Depressionen nicht einfach durch die Feststellung "reaktiv" erklärt; denn eigentlich ist dies noch keine Klärung des psychologischen Mechanismus.

Der eine reagiert auf den Tod eines Angehörigen mit Depression, der andere nicht. Gerade auch die Begründung Umzugsdepression bedarf eigentlich noch einer weiteren Klärung, warum andere Leute ausziehen und gerade nur dieser eine eine Umzugsdepression erleidet. Die meisten Menschen haben schwerste Kriegsereignisse ohne psychische Störungen überstanden. Trotzdem können in vergleichsweise viel weniger belastenden Situationen Depressionen auftreten. Viele Frauen bekommen Kinder, aber nur wenige eine Wochenbettdepression.

DOUGLAS ¹⁾ hat psychoanalytisch ermittelt, daß bei der Wochenbettdepression eine besonders starke psychische Bindung der jungen Frau an ihre Mutter vorhanden sein kann. Auch BAEYER ²⁾ spricht von unerkennbaren, d. h. unbewußten Auslösemomenten. So wird deutlich, daß auch die Feststel-

1) DOUGLAS, G.: Puerperal Depression and excessive compliance with the mother, a. a. O.

2) BAEYER, W. v.: Zur Psychopathologie der Endogenen Psychosen,

ling "reaktive Depression" eigentlich noch einer psychoanalytischen Begründung bedarf. Im übrigen ist anzunehmen, daß durch Analysen noch bei wesentlich mehr Fällen eine reaktive Komponente im psychoanalytischen Sinn zu finden sein wird. Auch die Frage, warum diese oft so wenig zweckdienliche Reaktion eintritt, wird hierdurch verständlicher. Für den Patienten kann ein Umstand eine grundsätzliche Situationsänderung bedeuten, was dem Beobachter gar nicht so erscheint. In dieser Situation, die für den Patienten - bewußt oder unbewußt - eine "Grenzsituation" (Jaspers) ist, hält er sich nicht mehr zurück, er "benimmt" sich nicht mehr. Die Stimmungen treten dann für ihn und für uns schlagartig, unkontrolliert durch den Intellekt, zutage.

IV. Der somatische Faktor

In diesem Abschnitt sollen die nach herrschender Lehre möglichen somatischen Ursachen betrachtet werden. Außerdem sollen möglichst alle Krankheiten, die nach gängigen Lehrbüchern mit psychotischen Symptomen einhergehen können und also in erster Linie differential-diagnostisch wichtig sind, unter dem Aspekt betrachtet werden, ob in dieser Richtung somatische Ursachen zu vermuten sind, die eventuell einmal unter dem Bilde einer Endogenen Depression ablaufen könnten, die sich später in Richtung einer Endogenen Psychose auswirken könnten. -

Die statistische Aufschlüsselung unseres Krankengutes soll allerdings nicht zur Untersuchung dieser Ätiologiemöglichkeiten beitragen, denn dazu wären entsprechende psychiatrisch gesunde Kontrollgruppen erforderlich. Sie sollen aber später wiederum zum Vergleich und zur Untersuchung evtl. Zusammenhänge mit der Gruppe, die durch Trennung von Mutter und Kind Depressionserscheinungen aufweist, herangezogen werden. -

Unumstritten sind Hirntraumen verschiedenster Ursachen als mögliche Vorläufer einer Depression. Die Literatur hierüber ist reichhaltig. WALTER ¹⁾ zeigt, daß stumpfe Hirntraumen eine Depression im Gefolge haben können. SCHULTE ²⁾ machte auch schwere Hungerdystrophien des Gehirns für depressive Erscheinungen mit verantwortlich. WEITBRECHT ³⁾ zeigte, daß hirnarthrophische Prozesse typisch cyclothyme Symptombilder zeigen können. NAGY ⁴⁾ fand bei 23,3 % der Depressiven mit Vollremission und 75,8 % der Defektremissionen Ventrikelveränderungen. Bekannt ist auch, daß psychische Verlangsamungen durch Hirndrucksymptome erzeugt werden können. REICHART bezeichnet als eine ätiologische Ursache des Endogenen Psychosyndrom eine traumatische Hirnleistungsschwäche. Auch nach Hypoxie des Gehirns in Narkose sollen Charakterstörungen auftreten. -

-
- 1) WALTER, K. : Über manisch-depressive Depressionen nach stumpfen Hirntraumen, a. a. O.
 - 2) SCHULTE, W. : Cerebrale Defektsyndrome nach schwerer Hungerdystrophie und Möglichkeiten ihrer Kompensierung m. einem Blick auf Heimkehrerdepression u. forensische Komplikationen.
 - 3) WEITBRECHT, H. : Cyclothymes Syndrom u. hirnatrophischer Prozeß
 - 4) NAGY, K. : Pneumencephalographische Befunde bei Endogenen Psychosen.

Veränderungen im EEG von Psychopathen wurden ebenfalls beobachtet. So konnte NIEDERMEYER ¹⁾ ziemlich häufig solche Veränderungen feststellen.

SCHNEIDER ²⁾ stellte sogar eine Änderung dieser Befunde im Verlauf der klinischen Besserung der Erkrankung fest. Die Interpretationen dieser Befunde sind allerdings sehr unterschiedlich. -

In meinem Krankengut befanden sich immerhin 7 % der Fälle, bei denen wahrscheinlich hintraumatische Ereignisse für die Ätiologie der Depression verantwortlich zu machen waren. -

Auch die Involutionsdepression wird ja im Sinne von Veränderungen des Gehirns etwa in Richtung einer Cerebralsklerose erklärt. Demgegenüber kommt aber STENBACH ³⁾ zu dem Schluß, daß die involutive Depression keine Krankheitseinheit sei, und BROCKHAUSEN ⁴⁾ findet sogar, daß in manchen Fällen die Cerebralsklerose bessernd auf die Psychose etwa nach Art einer Leukotomie wirken kann. -

Eine andere denkbare Möglichkeit der Hirnlaesion wäre auch die auf infektiöser Basis. Gerade das Frontalhirn als Sitz der Persönlichkeit und möglicher Ort von Veränderungen, die in depressiver Richtung wirken können, ist als phylogenetisch jüngster Teil des Gehirns bekanntlich am empfindlichsten gegen Laesionen aller Art. Viele neurologische Erkrankungen sind Folge von Infektionen bestimmter Stammganglien. Ursache einer Epilepsie kann eine seriöse Meningo-Encephalitis sein. Eine exogene Neurastenie soll im Verlauf von Infektionskrankheiten durch Allgemeinschädigung des Nervensystems auftreten können.

Auch zeigt z. B. die Commotio keine morphologischen Veränderungen. Eine postencephalitische Pseudopsychopathie findet sich auch in den Lehr-

-
- 1) NIEDERMEYER, E. : Das EEG bei Psychopathen, a. a. O.
 - 2) SCHNEIDER, J. : Die Modifikation des EEG unter der Behandlung mit Psychopharmaka, a. a. O.
 - 3) STENBACH, A. : On involutional and middle age Depressions, a. a. O.
 - 4) BROCKENHAUSEN, K. : Über erbbiologische Untersuchungen involutiver Psychosen, a. a. O.

büchern, MEYER ¹⁾ findet fieberhafte Anginen und Infekte an der Spitze der Auslösungsursachen durch körperl. Erkrankungen. Auch findet man ja bei Märsen in 40 bis 70 % der Erkrankungen patholog. EEG-Veränderungen. Auch bei Mumps ist das ZNS automatisch mitbetroffen, wenn es auch keine klinischen Erscheinungen zu machen braucht. -

In unserem Krankengut befanden sich 37 % Patienten, die früher bakterielle Infektionen durchgemacht hatten, und 25 % hatten Virusinfektionen durchgemacht. Insgesamt waren 51 % durch Infektionen vorbelastet, davon 16 % sowohl durch bakterielle als auch Virusinfektionen. -

Auch Stoffwechselstörungen wurden für depressive Symptome verantwortlich gemacht. So sollen psychiatrische Erscheinungen u. a. bei nicht ausgeheilten Lebererkrankungen vorkommen, was bei dem Zusammenhang zwischen Leberstoffwechsel und Gehirn (NH_3) gut möglich scheint. SHIP-MANN ²⁾ zeigte Zusammenhänge zwischen Depressionen und Abmagerungskuren. Außerdem treten nach den gängigen Lehrbüchern depressive Erscheinungen bei Vitaminmangelerkrankungen, so B_{12} -Anaemie, Vitamin-H-Mangel, depressive Reizbarkeit und Abnahme der Initiative bei B_1 -Mangel auf. Auch bei Porphyrie gibt es neurologisch-psychiatrische Erscheinungen. Ebenfalls werden solche bei Uraemie beobachtet. Überhaupt zeigen Störungen im Elektrolythaushalt meist psychotische Erscheinungen, z. B. Hypokaliaemie, Hypercalcaemie, Hypocalcaemie, auch Hyperglykaemie. Auch der Säurebasenhaushalt hat eine Einwirkung auf die Stimmungslage, so kann z. B. chronische CO_2 -Überladung psychotische Krankheitsbilder provozieren. -

Derartige Zusammenhänge sind heute noch wenig klinisch untersucht, aber es ist denkbar, daß sich auch in dieser pathophysiologischen Richtung ätiologische Gesichtspunkte ergeben. -

-
- 1) MEYER, A. H. : Statistisches zur Frage der Auslösung Endogener Psychosen durch akute körperliche Erkrankungen oder Regenerationsvorgänge.
- 2) SHIPMANN, W. et al. : Anxiety and Depression in obese dieters, a. a. O. (S. S. 44)

Auch die Abgrenzung zum endokrinen Psychosyndrom nach BLEULER scheint richt sicher und unbedingt zu sein. Im Eingangsteil wurde schon erwähnt, daß der Adrenalinstoffwechsel beim Depressiven verändert ist, (BUNNEY-ROSEN-FLATT). Auch in der Cortisolsekretion wurden ja Veränderungen festgestellt (Gibbons). In anderen Arbeiten wurde gezeigt, daß die Steroidexkretionsrate während der Phase erhöht sein kann. Aus der klinischen Erfahrung ist außerdem bekannt, daß Cortisonmedikation psychomotorische Unruhe, Schlaflosigkeit, bisweilen Depressionen auslösen kann. Interessant ist auch in diesem Zusammenhang, daß durch Corticoidmedikationen Magengeschwüre ausgelöst werden können. Jeder Kliniker kennt aber nun den leicht depressiven typischen Gesichtsausdruck des Ulcristypus, was allgemein Fragen nach Ursache und Wirkung aufwirft. Ist die depressive Stimmung Ursache des Ulcus durch Vermittlung der NNR-Hormone, oder ist sowohl die depressive Stimmungslage als auch die Ulcus Veranlagung Folge des veränderten NNR-Hormon-Haushalts? -

Auch die physiologischen Tagesschwankungen der Cortisolsekretion und die analogen Tagesschwankungen, die wir oft bei Depressiven finden, geben Anlaß in dieser Richtung zu denken. -

In einer Arbeit von DITFURTH ¹⁾ fand sich die Adrenalin- und die Insulinbelastungskurve bei endogenen Psychosen unnormal. Wir wissen auch, daß sowohl Hypo- als auch Hyperglykaemien Persönlichkeitsstörungen hervorrufen können. Gerade hypoglykaemische Zustände treten oft auch in der Frühe auf, ähnlich wie Depressionen, die abends häufig verschwunden sind. Damit soll nun keineswegs gesagt werden, daß Diabetes das gleiche sei wie Psychose, aber immerhin ist der Großteil der Diabetiker unentdeckt, und bei der Menge der atypischen und Randpsychosen sollte man durchaus diesbezügliche Untersuchungen nicht scheuen.

Gerade bezüglich der Analyse der Denkgewohnheiten Depressiver (Beck, A., a. a. O.) ist denkbar, daß auch eine geringe Neigung zu depressivem Denken den Menschen in einer Art Rückkopplungskreis immer weiter vom realen Standpunkt entfernen kann. -

Analog hat REISNER ²⁾ 2 Fälle beschrieben, bei denen das endokrine Psychosyndrom bei Morbus Basedow das 1. halbe Jahr völlig wie eine Endo-

1) DITFURTH, H. v. : Über patholog. Stoffwechselbefunde b. Zwangs-
kranken, a. a. O.

2) REISNER, H. : Melancholie und Morbus Basedow, a. a. O.

ne Depression aussah. Er vertrat die Ansicht, daß für den Fall, daß der Morbys Badedow nur leicht und abortiv verlaufen wäre, dieser sicher als Endogene Depression eingestuft worden wäre. Es ist möglich, daß leichte Drüsenstörungen, die keine klin. Erscheinungen zeigen, sich uns deshalb als endogene Störungen zeigen. BLEULER ¹⁾ vertritt die Ansicht, daß reine Depressionen im Laufe endokriner Erkrankungen selten seien. Immerhin sind sie aber möglich. Wie nahe doch die Krankheitsbilder beieinander liegen, zeigen die Ergebnisse einer Arbeit von THIELE ²⁾, die bei 52 Fällen gesicherter Endogener Depression aufzeigen, daß diese fälschlich strumektomiert wurden. -

In dem von mir untersuchten Krankengut hatten 25 % schon in irgendeiner Form mit Schilddrüsenstörungen zu tun.

Dies ist zwar in Oberbayern vielleicht nicht verwunderlich, soll aber immerhin nicht unerwähnt bleiben. -

Ein deutlicher Zusammenhang besteht zwischen Sexualhormonhaushalt und Stimmungslage. Eine Patientin gab z. B. an, sie sei während der Regel stets depressiv. Eine andere Patientin hatte genau über die Zeitdauer der depressiven Phase Hautunreinheiten, deren Zusammenhang mit dem Hormonhaushalt bekannt sind, und Haarausfall, dessen Zusammenhang mit dem Hormonhaushalt am sinnfälligsten durch das Effluvium post partum demonstriert wird. Auch die Stimmungslabilität während der Schwangerschaft weist in dieser Richtung, und besonders, daß Absterben des Kindes im Mutterleib häufig als erstes Symptom Depressionen der Mutter zeigen soll (Psyhyrembel). Vollends klar, daß derlei Symptome durch die Veränderungen im Hormonhaushalt nicht, wie man früher meinte, durch kindliche Stoffwechselprodukte hervorgerufen werden, wird diese Frage durch die Beobachtung, daß auch die künstliche Hormonzufuhr im Sinne einer Schwangerschaft, z. B. die Medikation mit Antikonzeptiva, die gleichen sowohl psychischen wie auch physischen Symptome auslösen kann. -

-
- 1) BLEULER, N.: Sur les dépression au cours de troubles endocriniens, a. a. O.
- 2) THIELE, W.: Endogene Depression und Strumektomie, a. a. O.

Von unserem Patientengut lagen bei 17 % sexualhormonale Veränderungen, meist Regelstörungen, vor. -

Es wäre sicher auch verfehlt, die Depression im Wochenbett immer psychogen erklären zu wollen. Von LUFT ¹⁾ wurde zwar die endokrine Genese in Frage gestellt. Demgegenüber ist die "Schwangerschaftshypophyse" der Frau aber ein bekanntes Faktum. Sowohl Hypophysenüberfunktion, als auch Unterfunktion bedingen psychische Symptome, wie Teilnahmslosigkeit, Initiativelosigkeit. Das Sheehan-Syndrom wird als Hypophysenschädigung in der Folge der Schwangerschaft als ganz charakteristisch bezeichnet. Es ist also durchaus vorstellbar, daß die Depression im Wochenbett auch somatogen als abortives Sheehan-Syndrom, bei dem sich die Hypophyse wieder erholt, erklärt werden kann. Unter dem von mir untersuchten Krankengut befand sich eine Patientin, die bei jedem ihrer 6 Kinder eine Depression im Wochenbett durchgemacht hatte. Es ist kaum vorstellbar, daß sich die psychische Lebenssituation einer Frau bei jeder Schwangerschaft so wesentlich ändert, daß sich daraus eine Depression ableiten kann. Die psychogenen Erklärungen treffen beim 1. Kind evtl. zu, da sich hier die grundsätzliche Lebenssituation ändert, aber kaum beim 3. und 4. Kind. Depressionen im Wochenbett werden bei Multiparas zwar seltener beobachtet, dies kann aber ebensogut daran liegen, das Multiparas eben heute seltener geworden sind.

In von mir beobachtetem Krankengut waren 13 % Depressionen im Wochenbett. -

Als letzte Möglichkeit für Psychosen, die mit somatischem Geschehen im Zusammenhang stehen, sollen die durch Pharmaka verursachten erwähnt werden. Reserpin und ähnliche Substanzen wurden bereits erwähnt. Die depressive Wirkung dieser Substanzen wird auf Wirkungen im Bereich des Adrenalin-Haushalts zurückgeführt. Aber auch völlig anders geartete Pharmaka können psychische Störungen hervorrufen, so z. B. Phenacetin. Auch Sulfonamide können psychisch alterierend wirken. -

Bei allen diesen Erwägungen über die somatogene Komponente psychiatrischer Erkrankungen stellen sich verschiedene Fragen. Die erste ist die

1) LUFT, H.: Die Wochenbettdepression, a. a. O.

nach Ursache und Wirkung. Sind hormonale Veränderungen die Ursachen oder treten sie erst sekundär im Gefolge der psychiatrischen Erkrankungen auf. Sind sie also Ursache oder Wirkung, oder besser, sind sie der Ursache näher als die Depression an sich? Nach klinischen Erfahrungen soll es ja z. B. auch psychogene Thyreoidea-Erkrankungen geben. Auch bei den Störungen im Geschlechtshormonhaushalt, z. B. Regelstörungen, scheint es sich oft um sekundäre Veränderungen zu handeln. MATTUSSEK 1) wiederum meint, die somatische Erkrankung könne aufgrund der Veränderungen in der Lebenssituation, die durch diese Krankheit hervorgerufen werden, also auf mehr psychischer Ebene und nicht unbedingt somatisch eine Depression hervorrufen. Eine dritte Möglichkeit ist die, daß die psychische Reaktion somatisch z. B. Hormonveränderungen hervorruft, die wiederum die Depression bewirken. In diesem Fall wäre also die somatische Komponente weder eigentlich Ursache noch nur Wirkung. -

Insgesamt waren von dem untersuchten Krankengut 81 % in einer oder mehreren der somatischen Krankheitsgruppen belastet.

1) MATTUSSEK, P. : Endogene Depressionen, a. a. O

V. Statistische Untersuchung auf Beziehungen zwischen den einzelnen Faktoren der Vergleichsgruppe

Alle oben abgehandelten ursächlichen Faktoren münden in das gleiche Krankheitsbild, d. h. aus der Symptomatologie ist, solange sie sich im psychiatrisch-somatisierten hält, kein wesentlicher Unterschied und keine Einteilungsmöglichkeit gegeben, die unter ätiolog. und unter symptomatischen Gesichtspunkten zu gleichen Gruppenaufteilungen führte. So hat im Gegenteil WODRUFF ¹⁾, festgestellt, daß kein signifikanter Unterschied bezüglich Krankheitsbeginn und Phasenhäufigkeit bei hereditär belasteten und anderen Endogenen Depressionen festzustellen wäre. LEUNER ²⁾ fand eine "höchst eigenartige Homologie" zwischen der hereditären Psychose und einer experimentell pharmakologisch erzeugten. -

Bei der grundsätzlichen Verschiedenheit und der fehlenden Gesetzmäßigkeit der Ursachen drängt sich nun besonders eine Hypothese auf, die immer wieder vertreten wird, und die auch etwas sehr bestechendes an sich hat, da sie gerade diese mangelnde Gesetzmäßigkeit gut erklären könnte. Es ist dies die Hypothese von der multifaktoriellen Genese der Endogenen Psychose. WEITBRECHT ³⁾ äußerte die Ansicht, daß die psychogene Auslösung nicht immer alles bewirken könne, sondern noch andere Faktoren dazukommen müßten. ARNOLD ⁴⁾ vertritt einen ähnlichen Standpunkt bezüglich der Genese der Schizophrenie. -

Man könnte sich nun gut vorstellen, daß z. B. die hereditäre Psychose durch einen Auslöser manifest wird, oder daß die Veranlagung, die durch frühkindliche Psychostraumen entstanden ist, auch einer bestimmten Situation bedarf, um dann zum Ausbruch der Krankheit zu führen. Man könnte weiter folgern, daß eine entsprechende starke Veranlagung eine nur schwache Auslösung braucht, während eine schwächere Veranlagung stärkere belastende Situationen benötigt. Solche Ansichten finden sich laufend in der Literatur.

-
- 1) WODRUFF, R. jun. et. al. : A comparision of patients with endogenous depressions with an without family history of affective disorders.
 - 2) LEUNER, H. : Grundzüge einer konditional-genetischen Psychopathologie am Beispiel der experimentellen Psychose.
 - 3) WEITBRECHT, H. J. : Aus dem Vorfeld Endogener Psychosen. Zur multifaktioren Genese der Schizophrenien.
 - 4) ARNOLD, O. H. : Zur multifaktoriellen Genese der Schizophrenie, a. a. O.

In diesem Sinne wäre dann die sog. reine reaktive Depression der Grenzwert, bei dem die Auslösung den relativ gesund Veranlagten betrifft, da psychisch gesund wohl kaum jemand sein dürfte, während die als psychogene Depression bezeichnete eine starke endogene, d. h. z. B. familiär oder frühkindlich psychotraumatische Belastung mitbringt und daher durch schwächere Auslöser schon zu beeinflussen ist. Auch kann man sich vorstellen, daß der Patient eventuell in einer bestimmten Richtung sensibilisiert wird, also eine Art Überempfindlichkeit gegen eine bestimmte Situation, z. B. Einsamkeit bei frühem Fehlen der Nestwärme entwickelt, so daß die auslösende Situation schon auf eine gewisse Bereitschaft trifft. -

Diese Zusammenhänge, so wahrscheinlich sie auch klingen, würden aber voraussetzen, daß zwischen den einzelnen ursächlichen Faktoren statistische Zusammenhänge bestehen, etwa im Sinne einer Häufung einer bestimmten Kombination. -

Zu diesem Zwecke wurde bei Durchsicht der obigen Krankengeschichten nach ursächlichen Faktoren bewußt jeder gefundene Faktor in jeder Spalte eingetragen, d. h. es genügte nicht, einen Faktor gefunden zu haben, sondern es wurde versucht, alle in der Anamnese enthaltenen Faktoren zu eruieren und festzuhalten. Dadurch ist es dann später möglich, Beziehungen der Faktoren untereinander herauszufinden. -

So wurden also die verschiedenen Gruppen gegeneinander statistisch verglichen und ermittelt, ob von ihnen einige in näherem Zusammenhang stehen und erstaunlicherweise zeigte sich, daß dies kaum der Fall war. Obige Vermutungen ließen sich also statistisch nicht bestätigen. Nun seien die Gruppen hier im einzelnen aufgeführt:

Interessant wäre zum ersten die hereditäre Komponente verglichen mit der reaktiven, also der der etwa als Auslöser anzusehenden Gruppe bei vorhandener Disposition. Hierbei zeigten sich 12 Fälle konkordant, d. h. 12 Fälle wiesen sowohl einen hereditären Faktor als auch einen reaktiven Faktor auf. Wahrscheinlichkeitstheoretisch muß man bei einem Prozentsatz von 39 hereditären Belastungen und 32 akuten Reaktionen in einer Gruppe von 100 aber sowieso schon ca. 13 mal annehmen, daß diese Konstellation

tion auftritt, d. h. 12 Fälle entsprechen schon der Zufallsverteilung. Auch dann, wenn irgendwelche Faktoren korreliert werden, die sicher keinerlei Verbindung zueinander haben, treffen beide Faktoren bei diesem Zahlenverhältnis in ca. 12 Fällen zusammen. Somit kann diese Zahl keine signifikante Korrelation anzeigen, und es wäre falsch, aus diesen 12 Einzelfällen ableiten zu wollen, daß dieses Auslösungsschema eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweise, als wenn nur eine hereditäre Komponente vorhanden wäre. -

Ähnlich sind die Zahlenverhältnisse bei der Untersuchung der hereditären Komponente in Zusammenhang mit der chronisch-reaktiven. Es sind in diesem Falle 10 Fälle konkordant, und die Zufallsverteilung würde bei 38 % von 27 % eine Zufallskonkordanz von 12 ergeben. Also zeigt sich auch hier keine signifikante Häufung. -

Die Verbindung des hereditären Faktors mit akuten und chronischen Reaktionen ergab 19 Konkordanzfälle bei einer Zufallsrate (für 38 % hereditärer Faktor auf 52 % akute und chron. Reaktionen) zusammen von 20. Es zeigt sich also auch im gesamten, daß keine Häufung über die Wahrscheinlichkeit hinaus besteht. -

Nun soll die frühkindlich psychotraumatische Laesion in Zusammenhang mit der akuten Reaktion betrachtet werden. Die Konkordanz ist hier 4; die erwartete Zufallsrate bei 20 % von 32 % 6. Aufgrund der kleinen Zahl kann auch dies nicht als signifikant ge-

wertet werden. Ebenso liegt das Verhältnis bei Verbindung des frühkindlich erworbenen Faktors mit dem chron. reaktiven. Die Konkordanz ist 6, und die Zahl der wahrscheinlichkeitstheoretisch erwarteten bei 20 % von 28 ebenfalls 5 bis 6. Die somatisch vorbelasteten Fälle korrelieren mit der reaktiven Gruppe in 18 Fällen bei 24 erwarteten. Dies ist auch nicht genügend signifikant, um gerade bei diesem diffizilen Problem Gültiges aussagen zu können. Interessant ist noch, daß von den Involutionsdepressionen 13 statt der zu erwartenden 7 eine Vorbelastung, also eine hereditäre Komponente aufweisen. Dies kann evtl. besagen, daß im Falle der Involutionsdepression eine frühere Anlage manifest wird, ähnlich wie z. B. beim Altersdiabetes eine Anlage manifest wird, die schon seit der Kindheit bestand. -

Im gesamten konnten sich also keine der oben dargelegten Hypothesen durch die Statistik stützen lassen. Allerdings wäre auch verfehlt zu behaupten, daß diese sicher nicht vorhanden wären. Dazu benötigt man in jedem Falle differenziertere Erhebungsmethoden. Wie auch sonst, ist es auch hier leichter, eine positive Diagnose zu stellen, als sicher nachzuweisen, daß ein Patient keine Krankheit hat, u. z. B. arbeitsfähig ist. -

Im übrigen ist jedoch zu erwarten, daß sich die Endogene Depression mit der Differenzierung der Methoden ebenso wie bisher viele andere Krankheitsbilder in mehrere oder gar viele ätiologisch verschiedene Krankheitsgruppen aufsplittern wird. Hat sich doch auch in der Klinik immer wieder gezeigt, daß einheitliche Krankheitsbilder, je subtiler die Untersuchungs- und Labormethoden wurden, sich in mehrere pathophysiologisch ätiologische Gruppierungen aufgezweigt haben.



C.) STATISTISCHE UNTERSUCHUNG AUF BEZIEHUNGEN ZWISCHEN DEN EINZELNEN FAKTOREN DER VERGLEICHSGRUPPE UND DEN FÄLLEN DER THEMAGRUPPE

Im folgenden soll versucht werden, nach Zusammenhängen und eventuellen Auslösemechanismen multifaktorieller Natur bei der Endogenen Depression zu suchen. Die Fragestellung lautet hierbei: Inwieweit ist das hereditäre Moment bei der Auslösung einer Depression durch Trennung der Mutter vom Kind notwendig?

Odér: Inwieweit spielt eine Sensibilisierung der Frau durch eigene frühkindliche Psychotraumata eine Rolle?

Zu diesem Zweck wurde die Themagruppe mit den oben angeführten Vergleichsgruppen verglichen und festgestellt, ob eine Häufung bezüglich der verschiedenen ätiologischen Faktoren in der Themagruppe besteht. Die Resultate waren fast durchweg negativ und sollen im folgenden dargestellt werden. -

Die Anzahl der hereditär vorbelasteten Mütter war 4, d. h. 50 %.

Die Zahl der hereditär Belasteten in der Vergleichsgruppe der 102 Pat. mit Endogenen Depressionen betrug aber ca. 40 %, d. h. die Zahl der Vorbelasteten ist in der Themagruppe weitgehend gleich. -

Daraus soll keinesfalls geschlossen werden, daß die hereditäre Komponente im Einzelfall keine Rolle spiele. Selbstverständlich wirkt sie sich im Einzelfall belastend aus. Es kann aber daraus geschlossen werden, daß der hereditäre Faktor keine Bedingung für eine Depression im Anschluß an eine Mutter-Kind-Trennung ist. Die Depression kann vielmehr unter diesem Auslöser auch ohne das Vorhandensein einer hereditären Belastung ausbrechen; sie bricht sogar mit der gleichen Wahrscheinlichkeit aus ohne diese Bedingung wie mit einer familiären Belastung. Es herrscht also auch hier keine Gesetzmäßigkeit etwa im Sinne: familiäre Belastung plus Kindsverlust ergibt Depression. Dieser Fall kann natürlich auftreten, aber er ist ein Einzelfall und keineswegs die Regel. Denn wäre dies die Regel, dann hätte

im Großteil der Fälle eine familiäre Belastung der Mutter nachweisbar sein müssen, also etwa 7 von 8 und nicht nur die dem Zufall entsprechende Zahl. -

Ein ähnliches Ergebnis ergab die Relation zu der Gruppe der frühkindlichen psychischen Laesionen; diese Gruppe war in der Gesamtgruppe mit 20 % vertreten, hätte also in der Gruppe von 8 Pat. mit der Wahrscheinlichkeit 2 auftreten müssen. Das Ergebnis, daß nur 1 Pat. eine frühkindliche Belastung aufwies, entspricht diesem Wert. -

Auch hier kann geschlossen werden, daß nicht unbedingt eine klar erkennbare frühkindliche Psychotraumatisierung notwendig vorausgehen muß, wenn die Mutter durch Trennung vom Kind depressiv wird. Es ist also keine "Sensibilisierung" in diesem Sinne als Regelfall nachzuweisen. -

Dieses fast etwas verwundernde Ergebnis - es wäre gut vorstellbar, daß die Pat., z. B., durch eine frühkindl. Trennung von den Eltern sensibilisiert, dann später auf Trennung besonders anspricht - findet sich in einer Arbeit von SETHI¹⁾ bestätigt. Es wird dort eine Gruppe von Depressiven unter dem Gesichtspunkt der Trennung von nahestehenden Personen untersucht. Er fand in 66 % seiner Gruppe eine Trennung der Pat. im Kindesalter von Eltern oder Geschwistern, und in 62 % eine Trennung von einer wichtigen Person als vorausgegangenen auslösenden Faktor. In 44 % war sowohl der frühkindl. als auch der auslösende Trennungsfaktor vorhanden. Dies läßt nun im ersten Moment den Eindruck erwecken, als ob eine derartige Kohärenz doch direkt darauf hinweise, daß der frühkindlich durch Trennung Sensibilisierte nun im Erwachsenenalter auf die Trennung eben stärker anspreche als andere. Untersucht man aber die Gruppe wahrscheinlichkeits-theoretisch, so findet man, daß der Prozentsatz der mit beiden Trennungsfaktoren Belasteten in einer derartigen Gruppenverteilung sowieso schon 41 % beträgt, und also die Zahl von 44 % doppelt belasteten keine Häufung bedeutet und auf keine Regelmäßigkeit schließen läßt. Sethi weist darauf auch ausdrücklich hin, meint aber ebenfalls, daß dies noch kein abschließendes Ergebnis sein könne und mit feineren Methoden weiter untersucht werden müsse.

Die Gruppe der akuten Reaktionen läßt keine Vergleiche mit der

1) SETHI, B. : Relationship of separation to depression, a. a. O.

Kontrollgruppe zu, da die Themagruppe ja selbst zu den akuten Reaktionen gehört. Insofern muß die Kohärenz in diesem Falle ja total sein, das heißt, alle Fälle der Themagruppe weisen in der Spalte "akute Reaktion" eine Markierung auf, -

Anders ist dies bei der Gruppe der chron. Reaktionen mit der ja per definitionem nie ein eintretendes Ereignis, sondern eine grundsätzliche ungünstige Lebenssituation gemeint war, wie z. B. eine zerrüttete Ehe. Es ist hierbei nochmals zu betonen, daß dabei nur besondere Belastungen berücksichtigt wurden, die über den Rahmen des ubiquitären hinausgingen, -

Auch hierbei ergab sich eine Belastung von 4 Fällen, während etwa 3 zu erwarten gewesen wären, -

Dies zeigt wiederum, daß eine als außergewöhnlich zu bezeichnende belastende Lebenslage auch nicht als *conditio sine qua non* zu betrachten ist. Sie schließt aber differenzierte psychologische Zusammenhänge, die durch eine normale Anamnese nicht erfaßt werden, wiederum nicht aus. Hier auf wird später noch eingegangen werden müssen, -

Die Gruppe der durch Krankheit in einer der erwähnten Formen Ausgezeichneten ließ sich auch nicht in besondere Verbindung mit der Themagruppe bringen. Von 8 Patientinnen waren in dieser Verteilung 6 bis 7 als vorbelastet zu erwarten. Es waren in der Gruppe nur 4, was aber sicher bedeutungslos ist. Im wesentlichen war von dieser Gruppe auch kein anderes Ergebnis zu erwarten, da die Problematik ja doch mehr auf psychologischem Gebiet liegt. Der Vollständigkeit halber und um nichts versehentlich zu übergehen, mußte aber auch diese Gruppe vergleichsweise erfaßt werden. Im einzelnen waren die Relationen, die schon aufgrund ihrer geringen Anzahl durch die Aufsplitterung in 7 Untergruppen kaum statistisch bewertet werden können, wie folgt:

Erkrankung	Anzahl	wahrscheinlichkeits- theoretisch erwartete Anzahl
Virusinfekte	2	2,0
sonst. Infekte	0	3,0
Thyreoidea	3	2,5
Diabetes	0	0,3

Erkrankung	Anzahl	wahrscheinlichkeitstheoretisch erwartete Anzahl
Gonadenstörungen	3	1,4
Wochenbettpsychosen	0	1,0
Kopfrauma	0	0,6

Hierbei ist die Anzahl 0 bei Wochenbettdepressionen im Zusammenhang mit der Thematik klar, die Zahl Null bei Infekten sicher ein unbedeutendes Zufallsergebnis. Aussagewert hätte bei diesen kleinen Zahlen nur eine auffallend große Kohärenz, wenn z. B. alle Pat. eine bestimmte Vorerkrankung aufzuweisen hätten. So hat diese Ermittlung nur den Wert einer Sicherung. Man kann nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit sagen, daß hier wohl keine Zusammenhänge übersehen worden sind. Dies ist ja auch im Sinne dieser Darstellung, da ein Zusammenhang ja auch kaum zu erwarten war. -

Im Gesamten ist also zu sagen, daß sich Überlegungen zur multifaktoriellen Genese im Bezug auf die Depressionen bei Mutter-Kind-Trennung nicht bestätigen konnten. Es muß dazu generell kein weiterer der als ursächlich bekannten Faktoren notwendig vorhanden sein, weder eine hereditäre Belastung, noch eine eindeutig ungünstige frühkindliche Entwicklungssituation, noch eine an sich unerfreuliche Gesamtsituation. Es konnte kein schablonenhafter Mechanismus nachgewiesen werden, der in einer bestimmten Faktorkombination zusammen mit der Trennung gehäuft in der Thema-Gruppe aufgetreten wäre. -

D) INTERPRETATION

Die Ergebnisse dieser statistischen Ermittlungen bedeuten nun nicht, daß keinerlei zusätzliche Faktoren beteiligt sind, wenn eine Depression durch die Trennung der Mutter vom Kind ausgelöst wird. Das müßte ja bedeuten, daß die Depressionen dann immer auftreten müßten, wenn diese Situation eintritt. Es bedeutet vielmehr, daß diese evtl. zusätzliche Faktoren sich offenbar nicht über den Rahmen des übrigen Lebens herausheben. Auch JORES hat betont, daß es keine weltbewegenden Ereignisse sind, die zu entsprechenden psychiatrischen oder psychosomatischen Reaktionen führen sondern scheinbar ganz alltägliche Situationen, die aber für die Psyche des Patienten eben nicht alltäglich zu sein brauchen. -

Im "Weltenwurf" der Frau nimmt die Mutterschaft eine ganz besondere, meist die Hauptrolle ein. Während der Mann sich immer sein Lebensziel im Beruflichen oder ähnlichem suchen kann, wird die Frau als Lebensaufgabe immer die Mutterschaft sehen. Dieser Trieb der Frau zum Kind ist bei jungen Frauen oft ganz deutlich zu beobachten, wenn sie in jeden Kinderwagen hineinschauen, Babyfotos auf Reklamebildern ganz andächtig betrachten etc.,...

Auch wurde mehrfach beobachtet, daß ausgesprochen temperamentvolle Frauen auf die Dauer frigide werden können, wenn bei ihnen das Bewußtsein vorgedrungen ist, daß ihr Liebesleben nicht zu einem Kind führt. -

MASTERS ¹⁾ stellte bei Frauen unter Antikonzeptiva-Medikation mit sekundärer Frigidität fest, daß diese nach Absetzen des Präparates meist verschwinde. EICHENLAUB ¹⁾ glaubt, daß bei jeder 5. Frau durch die "Pille" Frigidität hervorgerufen werden kann. -

Inwieweit diese Beobachtungen unter Antikonzeptiva psychogen oder hormonell bedingt sind, werden erst Erfahrungen in der Zukunft zeigen können. -

Es ist sogar möglich, daß eine Depression schon dadurch ausgelöst werden kann, daß sich bei einer Frau die Gewißheit durchsetzt, daß sie kinderlos bleiben müsse.

1) MASTERS, W. u. EICHENLAUB, E.J., Kansas city, Kongreßbericht

In unserem beobachteten Krankengut befand sich hier ein besonders typischer Fall: die Patientin war von Beruf Volksschullehrerin, was ihre Liebe zu Kindern unterstreicht; war seit Jahren verheiratet aber kinderlos. Sie gab an, daß sie "immer darunter gelitten habe, keine Kinder zu bekommen". Sie zeigte dann einmal sogar das typische Bild einer graviditas imaginata. Der Gynäkologe bestätigte ihr dann, daß sie nie Kinder haben könne. Etwa 1 Jahr später bekam sie eine Endogene Depression, deren psychischer Ursachenzusammenhang vor diesem Hintergrund wohl gut verständlich ist. -

Bei einer anderen depressiven Patientin kommt der Kinderwunsch auf andere Art zum Ausdruck:

.....In der Ehe habe die Patientin viel Kummer erlebt. Sie leide unter der Kinderlosigkeit, andererseits darunter, daß ihr Mann ein außer-eheliches Kind habe, welches sie vergeblich zu sich zu nehmen versuchte, ...

Es kann also sogar schon das Schicksal Kinderlosigkeit und nicht nur die viel akutere Lebenssituation der Trennung vom Kind depressionsauslösend wirken. Wie stark der Drang der Frau zum Kind ist, veranschaulicht ja auch die Tatsache, daß Frauen selbst unter widrigen Umständen, z.B. totalitären Staaten, Kinder in einer Umwelt gebären, die ihnen selbst als gänzlich lebensunwert erscheint. -

Die normale Frau fühlt sich a priori dazu bestimmt, "Genetrix" zu sein, im Gegensatz zum Mann, der viel mehr nach seinem Lebensziel, Lebenszweck suchen muß, "La vie n'a pas un sens fixé d'avance" (Das Leben hat keinen vorgegebenen Sinn, Sartre), gilt weniger für die Frau, für die ein Sinn von vornherein gegeben scheint. In dem Sinn ist für viele Frauen die Ehe der Rahmen, in dem sie diese Urinstinkte verwirklichen kann. Die Frau braucht einen Mann, der ihr die Möglichkeit des "Nestbaus" und der "Brutpflege" gibt. In diesem Sinn ist auch die fast unglaubliche Anpassungsfähigkeit der Frau verständlich, eines Tages einen Mann zu heiraten, und sich mit dessen Milieu und allem damit verbundenen zu identifizieren, Frau Bäckermeister, Frau Pfarrer, Frau Doktor zu sein. Dies ist vor dem psychischen Hintergrund verständlich, da sich all dies ja mit ihrem eigentlichen Ziel vereinbart. Wenn sie heiratet und das Berufsleben des Mannes die "Brutpflege" ermöglicht, dann ist für sie alles in Ordnung. -

Gewisse Umweltseinflüsse und der Drang zum Kind führen nun viele Frauen in eine Ehe, in der die Rolle des Mannes in ihrer Vorstellung völlig

sekundär ist. Es verwundert vor diesem Hintergrund auch nicht, daß im Kinsey-Report festgestellt wurde, daß 3/4 aller Ehen als ausgesprochen schlecht zu bezeichnen sind! In einer solchen Ehe hat das Kind nun für die Mutter vielfältige Funktionen. Es bringt eine gewisse Betriebsamkeit mit sich, die die Leere einer schlechten Ehe verdecken kann. Es kann als Entschuldigung für alle möglichen Unzulänglichkeiten und Nachlässigkeiten in Haushaltsführung und Persönlichem dienen. Ich konnte einen deutlichen Fall beobachten, wo eine Frau das ganze Ansehen, das sie ihrem Mann abverlangte, auf die dauernden Hinweise auf ihre Mutterschaft gründete. -

Außerdem ist ein Säugling in der Wiege leichter zu lieben als ein selbständiger Mann, der sich nicht immer im Einflußbereich der Frau bewegt. -

So ist verständlich, daß das Kind für die Frau unter solchen Umständen eine besondere Stellung einnimmt. Es wird zur "Schlüsselfigur", deren Verlust dann Reaktionen hervorruft. In der Psychosomatik wurde ein charakteristischer Fall beschrieben, bei dem der Verlust oder der drohende Verlust einer Schlüsselfigur, in diesem Fall der Mutter, regelmäßig einen Colitis-Schub auslöste. Auch ein Teil der Wochenbettdepressionen wird heute dahingehend erklärt, daß von seiten der jungen Frau eine besondere Bindung an die Schlüsselfigur Mutter besteht (Douglas). Eine ähnliche Konstellation besteht im Falle der Trennung der Mutter vom Kind. In manchen Krankengeschichten fiel auf, daß die Mütter öfters spontan angaben, daß ihre Ehe schlecht sei. So z. B. Else U.: Weiter beschwerte sich die Pat. spontan, ihr Mann sei immer sehr roh, barsch und unbeherrscht gewesen..... Ebenfalls Walburga R.: Die Ehe sei nicht gut, und sie habe zum Sohn größeres Vertrauen als zu ihrem Mann.

Besonders deutlich kommt diese Situation im Falle Erna S. zum Ausdruck, bei der aus der Krankengeschichte deutlich hervorgeht, daß sie die Ehe nur um des Kindes Willen eingegangen ist und daß diese Ehebeziehung zum Mann völlig unharmonisch ist. -

Nun ist das Klimaterium eine Krisenzeit, weil dieses erklärte Ziel, die Mutterschaft, nun nicht mehr gültig ist. Spätestens mit dem Sistieren der Regel wird sich die Frau bewußt, daß sie jetzt nicht mehr in dem Sinne einfach Frau und Mutter ist, sondern sozusagen nur noch Mensch. -

Während früher alles "stimmte" wenn man nur einigermaßen verheiratet war (....." er trinkt nicht, sorgt für die Kinder, was will ich mehr".....), so ist dieser Boden jetzt entzogen. Jetzt empfindet sie z. B. erst richtig bestimmte Krisensituationen wie Leere ihrer Ehe o. ä. -

Nun kann eine andere Möglichkeit, sich dieser veränderten Umwelt bewußt zu werden eben die sein, daß die Kinder aus dem Hause gehen, die Frau ihrer Rolle als Mutter verlustig geht. Diesmal wird ihr dadurch bewußt, daß die Welt sich für sie geändert hat. Außerdem kommt noch die dann fehlende Arbeit hinzu. Die Frau neigt dazu, die "Brutpflege" als ihren Lebensinhalt anzusehen. Eine uneheliche Mutter mitte 30 in wenig ausgefülltem Beruf bezeichnete ihren Sohn als ihr "Lebenswerk"! -

Ist nun die Ehe nicht die Erfüllung, so hängt die Frau noch mehr an ihren Kindern, als sie dies sowieso schon tut. Eine junge Mutter drückte dies deutlich aus: "Am schönsten ist es, wenn es noch im Bauch ist, da hat man es ganz für sich." So kann man sich vorstellen, daß die Geburt für eine solche Frau irgendwie fast einer Amputation vergleichbar ist, sie empfinden das Kind als ein Stück von sich. Das Kind wird zur Schlüsselfigur. -

Wenn nun die obige Situation mit diesem Gesichtspunkt zusammenkommt, so empfindet die Frau diesen Verlust ihres Lebenszwecks tragisch. Typisch hierfür ist ja die "böse Schwiegermutter", die der Schwiegertochter gram ist, daß sie ihr den "Sohn wegnimmt", sich quasi bei dem Sohn an ihre Stelle setzt. Eine diesbezügliche typische Krankengeschichte ist oben wiedergegeben. Es ist auch nicht Zufall, daß mißgebildete Kinder von der Mutter besonders geliebt werden, was ja immer wieder beobachtet wird, da ja gerade sie besonders von der Mutter abhängig sind und eine besondere Gewähr für diese Erfüllung der Mutterfunktion geben. -

In Amerika stürzt sich die Frau in dieser Lebensphase, wo sie den Lebenszweck nicht mehr in den Kindern und im Dasein für diese sehen kann, in die "social activities", d. h. sie sucht sich andere Inhalte, oder besser, die Gesellschaft weist ihr Wege, sich umzustellen. Denn es ist ja eine Umstellung, die kaum stärker vorgestellt werden kann. Sie muß sich jetzt einen ganz neuen Weltentwurf bauen, der aber nicht klar vorherbestimmt ist und direkt vor Augen liegt, von der Gesellschaft und der Natur selbstverständlich vorgezeichnet. Jetzt muß sie nach eigenständigeren Lebenszielen suchen. -

Dies gelingt nicht immer, besonders aber nicht, wenn sich die Frau, sei es durch eine schlechte Ehe oder anderes, besonders auf die Sorge um die

Kinder versteift hat. Dann kann es beim Weggang zur Depression kommen. -

Aber auch die umgekehrte Reaktion wurde beobachtet. Die Mutter will sich, besonders, wenn sie die Unabwendbarkeit erkannt hat, das Kind erhalten, d.h. in gewisser Abhängigkeit erhalten. Sie kümmert sich dann, oft mit ziemlicher Aufdringlichkeit, oft mit betulicher Umsorgtheit um den Haushalt und alles der jungen Eheleute. Dies kann zu der häufigen Beobachtung führen, daß die Mutter "in alles dreinredet", die junge Frau dauernd kritisiert, was sie alles falsch mache, o. ä.. Dies wird besonders klar im Fall Helene D.: "..... wurde die erste Ehe ihres Sohnes geschieden, die Patientin sei wohl nicht ganz unschuldig daran gewesen, habe sich fortwährend in die ehelichen Probleme der jungen Ehe hineingemischt, der Schwiegertochter ständig Vorwürfe und Vorschriften gemacht....."

Aber auch die scheinbar gegenteilige Haltung kann von der gleichen Situation ausgehen. Die Frau ist rührend, um sich das Kind zu erhalten. Etwas religiös formuliert, kommt das in folgender Passage zum Ausdruck: "....."sie habe nie echte Liebe für die Schwiegertochter empfinden können und sich diesen Mangel an Gefühl als eine unchristliche und schuldhaftige Haltung vorgeworfen und durch äußere Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft wett zu machen versucht.....". Es handelt sich hier um die zweite Ehe des Sohnes derselben Patientin, bei der oben angegeben wurde, sie sei am Scheitern der 1. Ehe ihres Sohnes "nicht ganz unschuldig gewesen". -

Zu betonen ist hier noch, daß ein Verlust nicht unbedingt in räumlichen Veränderungen zum Ausdruck kommen muß. Auch eine Hinwendung des Liebesobjekts an jemand anderen kann schon als psychischer Verlust aufgefaßt werden. Dies kann sich dann wie in folgender Krankengeschichte äußern. "..... Die Patientin habe bei der Tochter gewohnt, fühle sich aber trotzdem einsam und alleine wisse nicht, wo sie hin solle. Sie habe keine Bleibe Mit der Tochter stehe sie gut, aber der Enkel reißt sie auf. Sie weiß nicht, wo sie sich hinwenden solle". -

Übrigens konnte ich noch einen der obigen Thematik genau entgegengesetzten Fall beobachten, der diese Interpretation noch unterstreicht. Es handelt sich um ein Ehepaar, deren Ehe sehr gut ist. Die Partner sind nur füreinander da, und die Kinder in dieser Ehe existieren daher mehr am Rande. Als die Kinder nun alle beim Studium außer Haus möbliert wohnten, bauten sich die Eltern ein Haus, kamen aber gar nicht mehr auf den Gedanken, dort auch wenigstens einen Raum für die Kinder zu bauen, obwohl dies finan-

ziell kein Problem gewesen wäre. Falls die Kinder zu Besuch kommen, müssen sie im Gasthof wohnen. -

Dieses Beispiel unterstreicht, daß die Schlüsselposition, die die Kinder für die Mutter einnehmen, offenbar eher dann auftritt, wenn sie psychisch notwendig ist. Diese psychische Notwendigkeit ist bei der Frau aber eher gegeben als beim Mann. Auch MATUSSEK ¹⁾ fand heraus, daß bei Frauen der Tod bzw. die Trennung von einer nahestehenden Bezugsperson eine größere Rolle spielen als beim Mann. Für sie scheinen Trennung und Tod von Angehörigen von größerem Gewicht zu sein. Die Trennung von nahestehenden Bezugspersonen taucht im Material v. Matussek als Anlaßsituation beim Mann gar nicht auf. Er vermutet aber, daß sie irgendwie kaschiert doch manchmal vorhanden, wenn auch viel seltener seien. In unserem oben angeführten Fall der Therese M., wurde durch den Unfalltod des Sohnes auch der Mann depressiv, wenn auch wesentlich schwächer. -

Zusammenfassend ist also festzustellen, daß bei Trennung der Mutter vom Kind leichte angedeutete Erscheinungen, deutlich am Problem der "bösen Schwiegermutter", wohl ubiquitär sind, daß solche aber zu manifester Erkrankung führen können, wenn das Kind im Leben der Mutter eine besondere Stellung, eine Schlüsselposition einnimmt. Dies ist besonders dann möglich, wenn z. B. die Mutter Witwe ist, oder wenn die Ehe nicht die Erfüllung im Leben der Frau bringt. In Einzelfällen kann auch die besondere Tragik der Umstände eine Depression auslösen.

1) MATUSSEK, P.: Endogene Depression, a. a. O. S. 143

E) ZUSAMMENFASSUNG

Es wurde untersucht, ob bestimmte weitere ursächliche Faktoren beteiligt sind, wenn eine Frau bei der Trennung von ihrem Kind, das geheiratet hat oder aus sonstigen Gründen nicht mehr bei ihr lebt, depressiv wird, da ja nur ein geringer Teil der Mütter derart auf ein solches Ereignis reagiert.

Zu diesem Zweck wurden die verfügbaren Fälle eines Jahrgangs von depressiven Patientinnen der Universitätsnervenklinik München auf ursächliche Faktoren im hereditären und lebensgeschichtlichen Bereich und im Bereich der somatischen Erkrankungen, in deren Verlauf Psychosen bisher von anderen Autoren beschrieben wurden, untersucht,

Die Krankengeschichte der das Thema betreffenden Fälle (7 %) wurden in knappen Auszügen wiedergegeben. Diese Fälle wurden als Gruppe betrachtet, die übrigen als Vergleichsgruppe.

Die Vergleichsfälle wurden dann wieder in Untergruppen zusammengefaßt unter den Gesichtspunkten folgender möglicher ursächlicher Faktoren: (1) hereditäre Belastung, (2) frühkindlich erworbene Belastung, (3) akute Reaktion, (4) chronische Reaktion, d. h. Reaktion auf langdauernde widrige Lebensumstände,

Daneben wurden die möglichen somatischen Faktoren ebenfalls berücksichtigt, und zwar: (5) Virusinfektionen, (6) bakterielle Infektionen, (7) Schilddrüsenfunktionsstörungen, (8) Diabetes, (9) Gonadenstörungen, (10) Wochenbett, (11) Kopftraumen, (12) Involution.

Diese Gruppen wurden dann statistisch miteinander verglichen unter der Fragestellung, ob über das nach der Wahrscheinlichkeit zu erwartende Maß hinaus Häufungen in bestimmten Faktorenkombinationen auftreten, also ob Depressionen z. B. nach Kopftraumen häufiger sind, wenn Virusinfektionen (häufig Gehirnbeteiligung) durchgemacht wurden oder ob z. B. reaktive Depressionen auf den Verlust des Kindes häufiger sind, wenn selbst frühkindliche Frustrationen anamnestisch vorliegen. Derart wurden zuerst alle Untergruppen der Vergleichsgruppe in vielen möglichen Kombinationen miteinander und anschließend mit der Themagruppe korreliert.

Hierbei wurde festgestellt, daß bei dieser Gruppeneinteilung im vorliegenden Material keine signifikant über die Wahrscheinlichkeitstheoretisch zu erwartende Anzahl hinausgehenden Häufungen bestehen. Dieses Er-

gebnis deckt sich mit Untersuchungen gleicher Methodik anderer Autoren über analoge Themen.

Interpretierend wurde gefolgert, daß offenbar direkt faßbare Ereignisse als ursächliche Faktoren nicht notwendig sind, um eine Depressionsanlage zu schaffen, die durch Trennung der Mutter vom Kind dann ausgelöst wird. Vielmehr scheinen es, wie in anderem Zusammenhang Jores sagt, "scheinbar ganz alltägliche Situationen", wie z.B. schlechte Eheverhältnisse, zu sein, durch die das Kind für die Mutter zur "Schlüsselperson" wird. Diese scheinbar alltäglichen Umstände, die für die psychische Situation der Patientin aber stärker von Bedeutung sind, wurden an Hand von kurzen Auszügen aus einschlägigen Krankengeschichten dargestellt.

Literaturverzeichnis

- Arnold, C.H., Zur multifaktoriellen Genese der Schizophrenie, Schweiz. Arch.Neurol. 91, 226-231 (1963).
- Baeyer, W.v. Zur Psychopathologie der endogenen Psychosen, Nervenarzt 24 (1963), 316-325.
- Beck, A.T., MD Thinking and Depression, Arch. Gen.Psychiat. 9 (1963), 325-333; 10 (1964), 561-571.
- et al. Childhood, Bereavement and Adult Depression, Arch. Gen. Psychiat. 9 (1963) 295-302.
- Blankenburg, W. Lebensgeschichtliche Faktoren bei manischen Psychosen, Nervenarzt 35 (1964), 536-539.
- Bleuler, M. Sur les dépressions au cours de troubles endocriniens, Z.Neuropath.Psychiat. 64 (1964), 239-244.
- Bochnik, J. Multifaktorielle statistische Analysen, Verbundforschung und Klinikorganisation, Nervenarzt 34 (1963), 430-437.
- Bostroem, A. Über organisch provozierte endogene Psychosen, Z.Neur. 131 (1931), 1-6.
- Brockhausen, K. Über erbbiologische Untersuchungen involutiver Psychosen; insbes. über erstmalig in der Involution auftretende reine Melancholien, Z.Neur. 157 (1937), 17-34.
- Bunney, W.E., MD Norepinephrine in Depressive Reactions, Arch.Gen.Psychiat. 13 (1965), 483-494.
- et al. Study of a Patient with 48-Hours Manic - Depressive Cycles, Arch.Gen.Psychiat. 12 (1965), 611-618; 619-625.
- Corell, W. Lernpsychologie, 4.Auflage, Donauwörth, 1965.
- Destunis, G. Die Depressionsneurose im Kindesalter, Psychiat.Neurol.med. Psychol. (Leipzig) 14 (1962), 398-402.

- Dichter, E. The Strategie of Desire, New York, 1961.
- Ditfurth, H.v. Zur Begriffsbestimmung der endogenen und exogenen Noxe in der Psychiatrie, Nervenarzt 24 (1953), 500-505.
- Douglas, G. Puerperal depression and excessive compliance with the mother, Brit. J.med.Psychol. 36 (1963), 271-278.
- Freud, S. Abriß der Psychoanalyse, Frankfurt/M. Fischer, 1960.
- Zur Psychopathologie des Alltagslebens, Frankfurt/M., Fischer 1961.
- Friedmann, A.S., PhD Syndromes and Themes of Psychotic Depression, Arch.Gen.Psychiat. 9 (1963), 504-509.
- Fullerton, D.T., BS,MS, MD Infantile Rumination, Arch.Gen.Psychiat. 9 (1963), 595-600.
- Gaitanakas, M. et al. Symptomatologie somatique des états dépressifs, Arch.Neurol.Psychiat. (Athen) 1 (1962), 29-46.
- Gibbons, J.L. Cortisol Secretion Rate in Depressive Illness, Arch.Gen.Psychiat. 10 (1964), 572-576.
- Gorer, G. Die Amerikaner, Hamburg, Rowohlt, 1958.
- Goshen, C.E. Mental Retardation and Neurotic Maternal Attitudes, Arch.Gen.Psychiat. 9 (1963), 168-174.
- Greshan, S.C. The Sleep of Depressive Patients, Arch.Gen.Psychiat. 13 (1965), 503-507.
- Grinker, R.R. Reception of Communications by Patients in Depressive States, Arch.Gen.Psychiat. 10 (1964), 576-580.
- Gunderson, E.K.E. Emotional Symptoms in Extremely Isolated Groups, Arch.Gen.Psychiat. 9 (1963), 362-368.
- Hallervorden, J. Gibt es eine Weiterentwicklung des Gehirns? Nervenarzt 34 (1963), 368-371.
- Hellpach, W. Einführung in die Völkerpsychologie, 3.Auflage, Stuttgart, 1954.
- Geopsyché, 7.Auflage, Stuttgart, 1965.

- Hutter, A. Die Psychopathologie der schwer-
mütigen Psyche und die klinischen
Depressions- und Melancholietypen,
Nervenarzt 12 (1939), 281-189.
- Janssen, D. Zur Manifestation von Liebes- und
Schwangerschaftswahn um die Zeit
des Klimakteriums, Arch.Psychiatr.
(Berlin), 204 (1963), 446-471.
- Janzarik, B. Der lebensgeschichtliche und per-
sönlichkeitseigene Hintergrund
des zyklischen Verarmungswahns,
Arch.Psych.u.Z.Neur. 195 (1956),
219-233.
- Kielholz, P. Gegenwärtiger Stand und zukünftige
Möglichkeiten der pharmakologischen
Depressionsbehandlung, Nervenarzt
34 (1963), 181-183.
- Koptagel, G. Zur DD der Depression bei akrome-
galoidem Konstitutionstyp, Nerven-
arzt 36 (1965), 130-132.
- Kretschmer, E. Medizinische Psychologie, 9.Auflage,
Stuttgart, 1947.
- Krüger, H. Die Wochenbettpsychose im Wandel
der Anschauungen, Nervenarzt 35
(1964), 448-458.
- Kulenkampff, C. Über Wahnwahrnehmungen, Nervenarzt
24 (1953), 326-331.
- Lederer, N. Entwurzelungsdepression ohne Depres-
sion, Nervenarzt 36 (1965), 118-122.
- Leonhard, K. Diagnose der Endogenen Psychosen
von der Prognose her gesehen, Ner-
venarzt 36 (1965), 202-207.
- Leuner, H. Grundzüge einer konditional-geneti-
schen Psychopathologie am Beispiel
der experimentellen Psychose,
Schweiz.Arch.Neurol. 91 (1963),
198-206.
- Luft, H. Die Wochenbettdepression, Nervenarzt
35 (1964), 185-194.
- Martin, I. Hypnotically induced Emotions, Arch.
Gen.Psychiat. 11 (1964), 203-213.
- Matussek, P. Wirkungsmechanismen antidepressi-
ver Pharmaka, Nervenarzt 35 (1964),
541-543.
- Endogene Depression, München 1965.

- Meyer, H.H. Statistisches zur Frage der "Auslösung" Endogener Psychosen durch akute körperliche Erkrankungen oder Regenerationsvorgänge, Nervenarzt 24 (1953), 498-500.
- Mezey, A.G. Time Sense in Hypomanic Illness, Arch.Gen.Psychiat. 12 (1965), 184-186.
- Müller, C.H. Vorläufige Mitteilung zur langen Kathamnese der Zwangskranken, Nervenarzt 24 (1963), 112-115.
- Naffin, P. Einführung in die Psychologie, Stuttgart, 1953.
- Nagy, K. Pneumoencephalographische Befunde bei endogenen Psychosen, Nervenarzt 34 (1963), 543-547.
- Niedermeyer, E. Das EEG bei Psychopathen, Nervenarzt 34 (1963), 168-174.
- Opitz, E. Psychotherapie im höheren Lebensalter, Psychol.Rdsch. 13 (1962), 241-255.
- Pauleikoff, B. Über die Seltenheit von Alkoholabusus bei zyklischen Depressionen, Nervenarzt 24 (1953), 445-448.
- Peters, G. Manisch-Depressives Irresein, Handbuch der spez. path. Anat. und Hist. Band 13, Teil 4, 53 (1956).
- Petersen, P. Das Assoziationsinstrument nach Jung als therapeutisch-diagnostisches Hilfsmittel und katamnestisches Kontrollinstrument, Schweiz.Arch.Neurol. 93 (1964), 165-187.
- Ploog, D. Vom limbischen System gesteuertes Verhalten, Nervenarzt 35 (1965), 166-174.
- Über experimentelle Grundlagen der Gedächtnisforschung, Nervenarzt 35 (1965), 377-386.
- Der Sympatoltest im Verlauf Endogener Psychosen, Nervenarzt 24 (1953), 102-107.
- Pollock, G.H. Childhood, Parent and Sibling Loss in Adult Depressions, Arch.Gen.Psychiat. 7 (1962), 295-305.
- Praag, H.M.v. Die Bedeutung der Psychopharmakologie für die klinische Psychiatrie, Nervenarzt 34 (1963), 530-537.

- Reisner, H. Melancholie und Morbus Basedow, Schweiz.Arch.Neurol. 91 (1963), 232-238.
- Rennert, H. Aufteilung der Psychosen und Einheitspsychose - zwei entgegengesetzte Wege der klassischen Psychiatrie, Nervenarzt 35 (1964), 263-265.
- Rosenblatt, S. Differences in the Metabolism of Nor-Epinephrine in Depressions, Arch. Gen.Psychiat. 13 (1965), 495-502.
- Runge, H. Erfahrungen bei der Behandlung der Cerebraldeterose und Altersdepression, Nervenarzt 35 (1964), 545-546.
- Schneider, J. Die Modifikation des EEG und die Behandlung mit Psychopharmaka, Nervenarzt 34 (1963), 521-530.
- Schneider, K. Über die Grenzen der Psychologisierung, Nervenarzt 24 (1953), 89-90.
- Schulte, W.v. Cerebrale Defektsyndrome nach schwerer Hungerdystrophie und Möglichkeiten ihrer Kompensierung mit einem Blick auf Heimkehrerdepressionen und forensische Komplikationen, Nervenarzt 24 (1963), 415, 419.
- Entlastungssituationen, Nervenarzt 22 (1951), 140-149.
- Psychologische Probleme der Frau in den Wechseljahren, Ärztl.Mitt.47/59, (1962), 2161-2168.
- Sethi, B. Relationship of Separation to Depression, Arch.Gen.Psychiat. 10 (1964), 486-496.
- Shipman, W.G.et al. Study in Psychophysiology of Muscle Tension, Arch.Gen.Psychiat. 11 (1964), 330-345.
- et al. Anxiety and Depression in Obese Dieters, Arch.Gen.Psychiat., 8 (1963), 530-534.
- Stenbäck, A. On involutional and middle age depressions, Acta Psychiat.Scand. 39 (1963), Suppl.169, 14-34.
- Object loss and depression, Arch.Gen.Psychiat. 12 (1965), 144-151.
- Thiele, W. Endogene Depression und Strumektomie, Dtsch.med.J. 13 (1962), 717-721.

- Uexküll, Th.v. Grundfragen der psychosomatischen Medizin, Hamburg, 1963.
- Walter, K. Über manisch-depressive Psychosen nach stumpfen Hirntraumen, Nervenarzt 24 (1953), 492-498.
- Wechsler, H. The Depression Rating Scale, Arch. Gen.Psychiat. 9 (1963), 334-343.
- Wegener, H. Zur Psychologie der seelischen Überforderung, Nervenarzt 24 (1953), 137-143.
- Weiß, J.L. Psychotic Mothers and their Children, Arch.Gen.Psychiat.11 (1964), 90-98.
- Weitbrecht, H.J. Aus dem Vorfeld Endogener Psychosen, Nervenarzt 35 (1964), 521-529.
- Cyclothymes Syndrom und hirnatrophi-scher Prozeß, Nervenarzt 24 (1953), 489-493.
- Kritik der Psychosomatik, Stuttgart, 1955.
- Wittkower, E.etal. Phenotropic drugs in Psychosomatic Skin Disorders, Studium Gen.17 (1964), 527-532.
- Woodruff, R. jun. et al. A Comparison of Patients with Endogenous Depressions with and without Family History of Affective Disorder, J.Nerv.Ment.Dis. 139 (1964), 49-52.

Herrn Professor Dr. Kolle möchte ich an erster Stelle dafür danken, daß er mir die Möglichkeit gab, meine Arbeit an seiner Klinik durchzuführen.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. Dietrich, der mir freundlicherweise das Thema der Arbeit überließ und mir mit seinem Rat zur Seite stand.

L e b e n s l a u f

Ich wurde am 17.1.1940 in Erlangen geboren. Mein Vater war damals wissenschaftlicher Assistent der Universitätsfrauenklinik Erlangen. Meine Mutter war vor ihrer Heirat Lehrerin. -

Infolge der Kriegssereignisse zog die Familie 1945 nach Augsburg zu meiner Großmutter. Dort hat sich mein Vater dann als praktischer Arzt niedergelassen. Ich besuchte in Augsburg die Volksschule und das Staatliche Realgymnasium. Im Juli 1960 bestand ich die Reifeprüfung. -

Anschließend studierte ich in Erlangen, München, Paris, Hamburg und wieder München Medizin. Das Vorphysikum legte ich in Erlangen ab, das Physikum und Staatsexamen in München.
Zur Zeit bin ich als Medizinalassistent tätig.

